

Early Marriage & Early Childbearing

Situation and needs of Married Adolescents

Youth Friendly Services

Policies and Participation

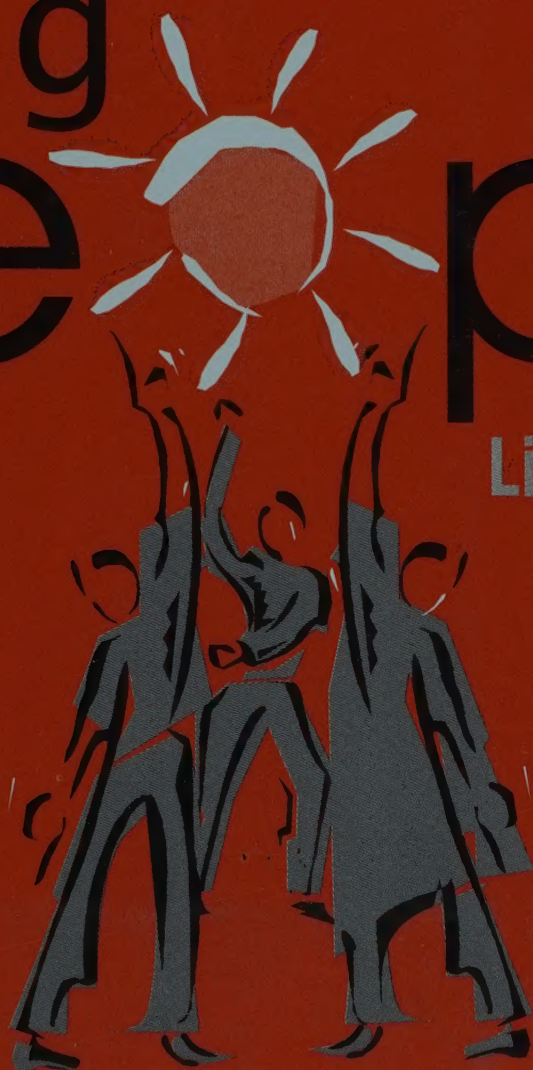
Young People

EDUCATION

Life Skills & Livelihood

Sexual Violence

Rights & Choice

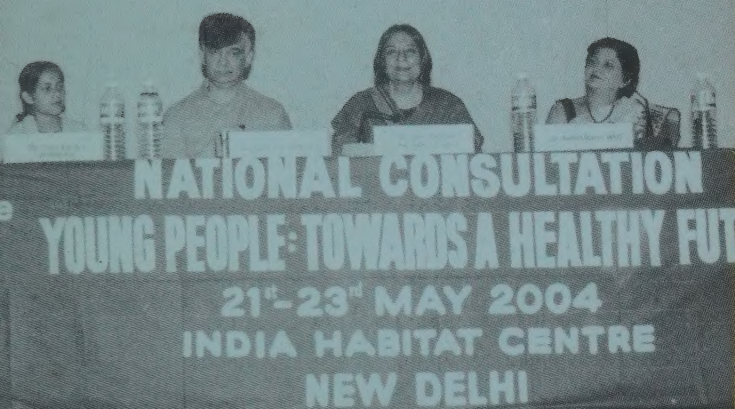
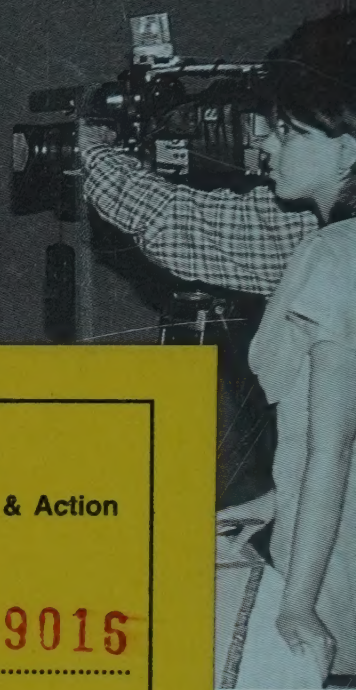
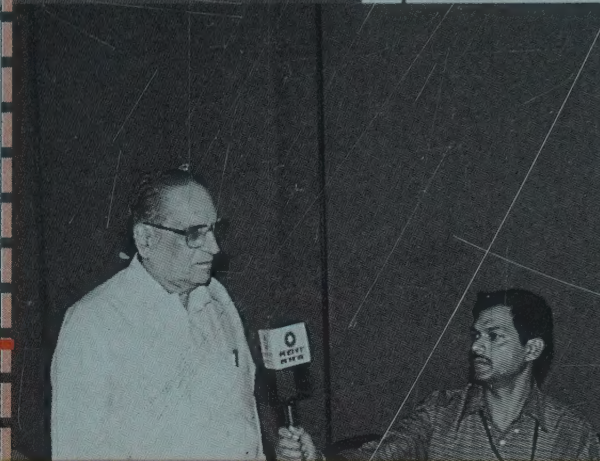
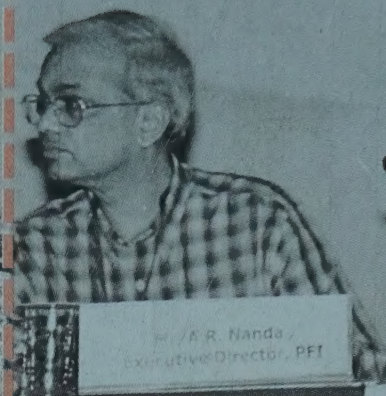
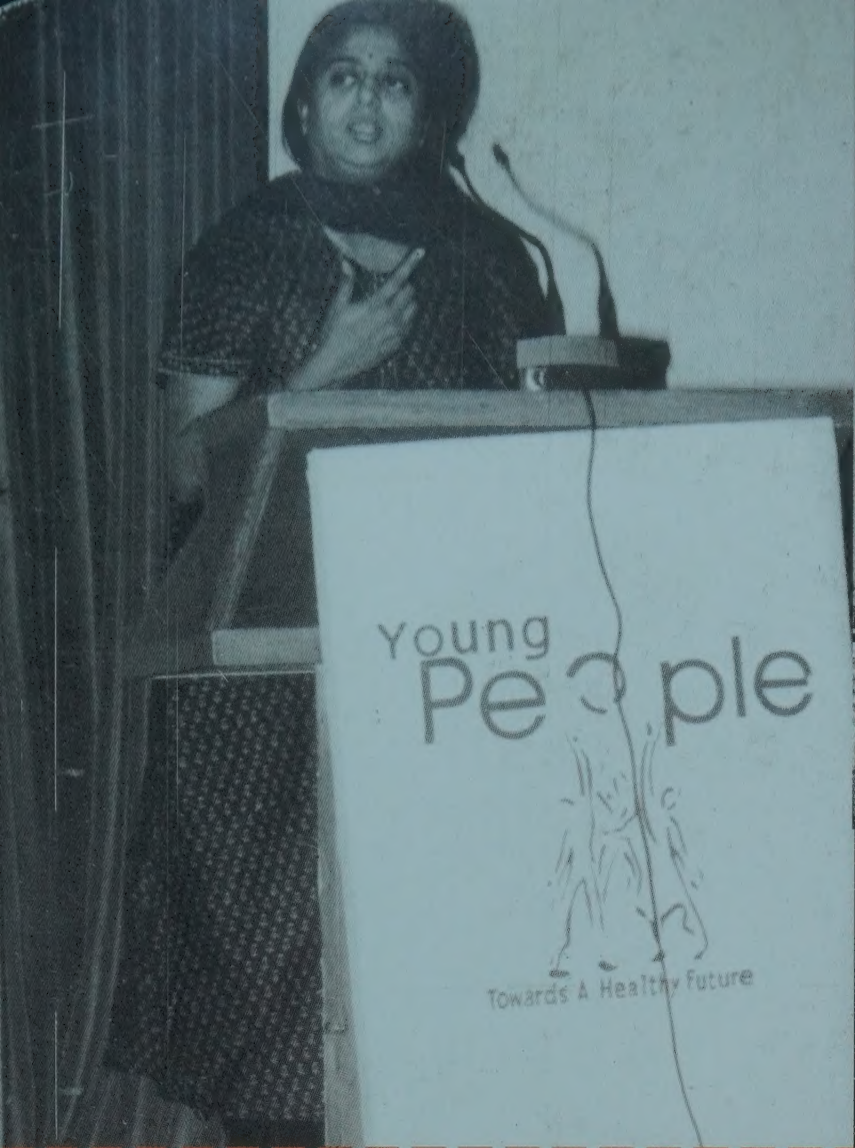


Towards A Healthy Future

Substance Abuse & Mental Health

Alliance Building

09016



NATIONAL CONSULTATION
YOUNG PEOPLE: TOWARDS A HEALTHY FUTURE
 21st-23rd MAY 2004
 INDIA HABITAT CENTRE
 NEW DELHI

COMMUNITY HEALTH CELL

Society for Community Health Awareness, Research & Action
 (SOCHARA) Bangalore
 Library and information Centre

CALL NO. COM H 300 ACCN.NO. 09016

AUTHOR PFI

TITLE Young People - Towards a healthy future

Borrowed On	Borrower's Name	Returned On
11/9/05	Charan	15/2/9/05



Community Health Cell

Library and Information Centre

367, "Srinivasa Nilaya"

Jakkasandra 1st Main,

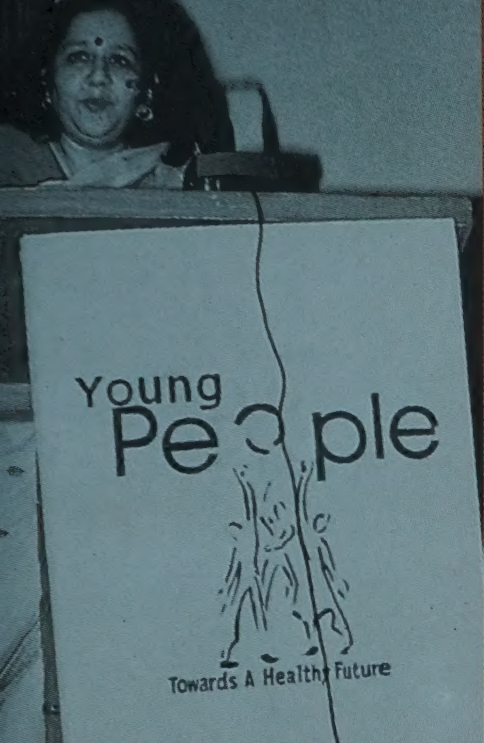
1st Block, Koramangala,

BANGALORE - 560 034.

Phone : 553 15 18 / 552 53 72

e-mail : chc@sochara.org

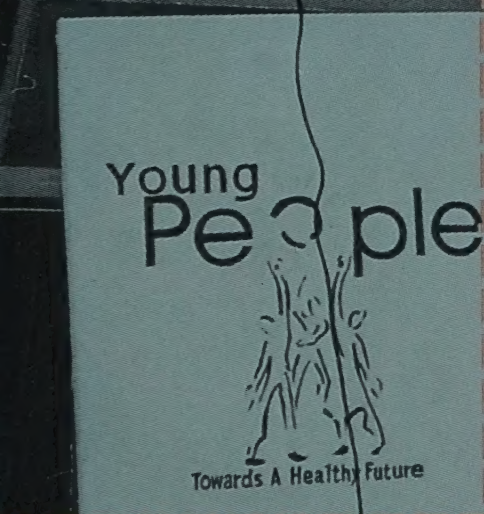
9016



Young People Towards a Healthy Future

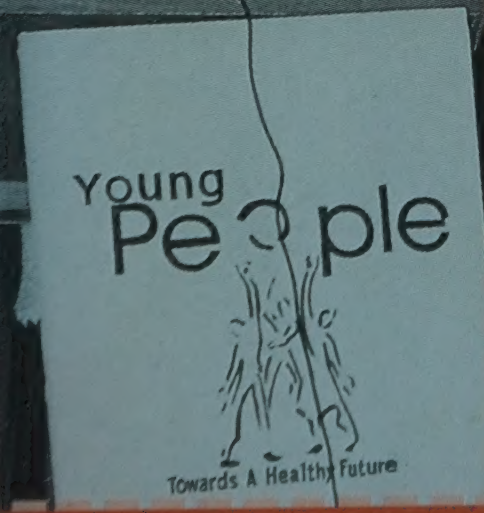


Experiences from India



This report was prepared by Deepika Ganju (Consultant, Population Council) and Shireen Jejeebhoy (Population Council) on behalf of the India Alliance for Young People: Towards a Healthy Future. We gratefully acknowledge the valuable insights of State-level Consultation reports and financial support for drafting this report from the Population Council India.

A summary of this report was presented at the Global Health Council's 31st Annual Conference by Indu Capoor, Director, Centre for Health, Education, Training and Nutrition Awareness (CHETNA), Ahmedabad.

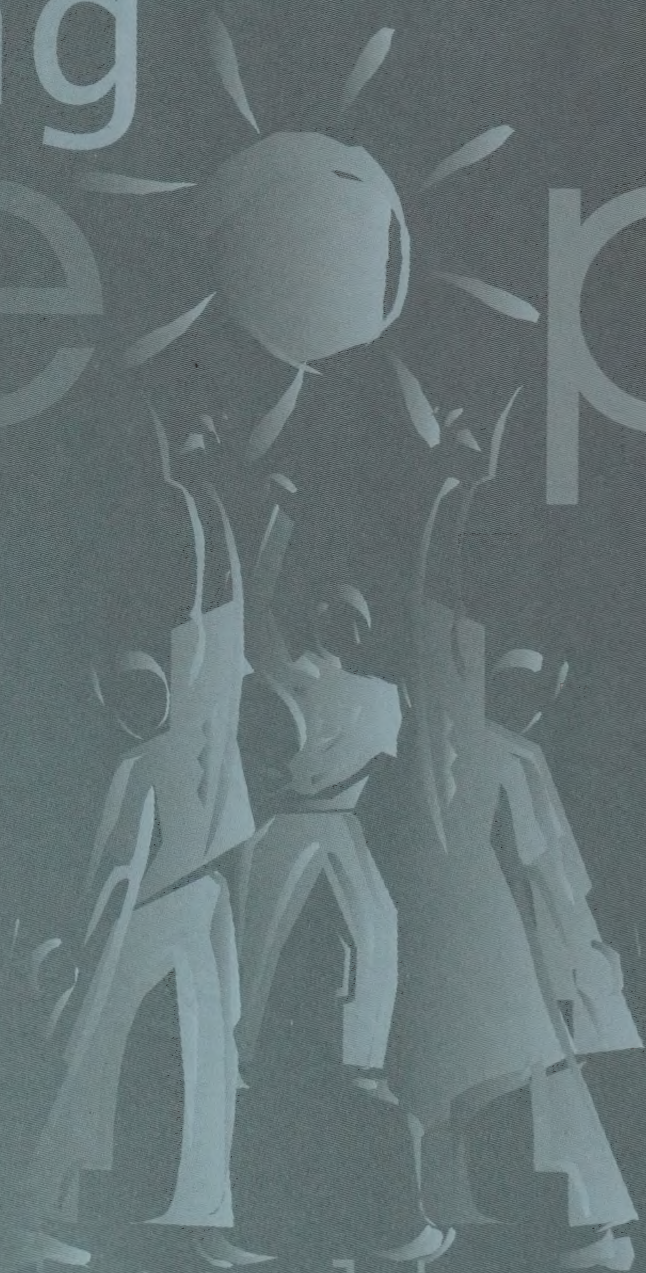


For CHC librarians
from Mr. Rajneesh Saran,
Population Foundation of India
B-28, Qutub Institutional Area,
Tara Crescent, N Delhi 110016
Tel: 6867080, 6867081.

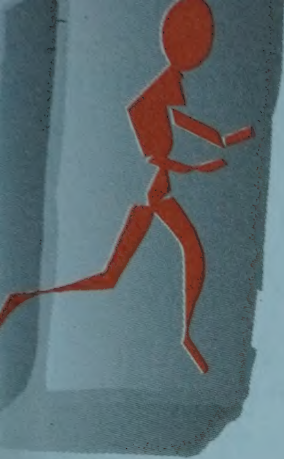
Young

people

ple



towards A Healthy Future



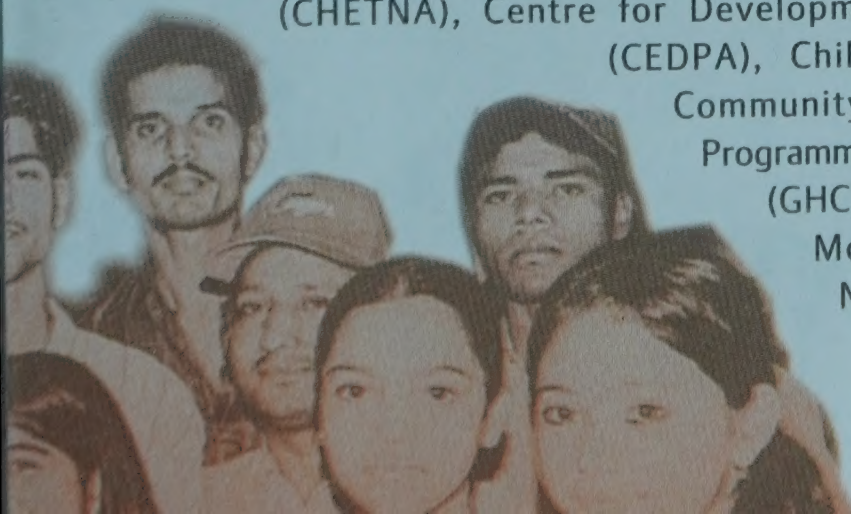
Overview

Despite the fact that young people constitute a large segment of the population, policies and programmes have largely ignored the specific health and related needs of adolescents and young people in India, and there continues to be a wide disconnect between what programmes offer and young people's needs, as well as between those designing programmes for youth and young people themselves.

Young people are healthier than other age groups but they can also be more vulnerable. Young people are undergoing multiple transitions in their lives as they move towards adulthood - in terms of education and work as well as in terms of formation of sexual partnerships. Health risks in these ages are largely behaviour related, and a disturbing proportion of young people is observed to engage in risky behaviours without the necessary skills and knowledge to negotiate safe and wanted outcomes. At the same time, large numbers of young people do make a safe transition to adulthood and it is important to learn from and build upon these positive experiences.

Over the 1990s, there has been a growing recognition that the needs of adolescents as reflected in various national and international initiatives have to be met. It is also recognised that the voices and aspirations of youth need to be heard and reflected in the design and implementation of appropriate policies and programmes if strategies are to be sustainable in the long term. As youth have the potential to play a positive role in the development of the country, this is thus an appropriate time to explore strategies whereby young people's experiences and concerns can be shared.

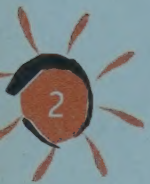
The India Alliance for Youth: Towards a Healthy Future is an ambitious initiative that seeks to create an alliance between policy-makers, people who work with youth and young people themselves to bring together diverse experiences from across the country of lessons learned in health, particularly reproductive and sexual health, rights and development that would influence the formulation of effective programmes and policies. A group of organisations have come together to advocate the formation of an alliance and take the initiative ahead. Members of the Alliance are Bal Panchayats, Centre for Health, Education, Training and Nutrition Awareness (CHETNA), Centre for Development and Population Activity (CEDPA), Child in Need Institute (CINI), Community Aid and Sponsorship Programme (CASP), Global Health Council (GHC), MAMTA Health Institute for Mother and Child (MAMTA), National Foundation of India (NFI), Pathfinder International, Plan India, Population Council

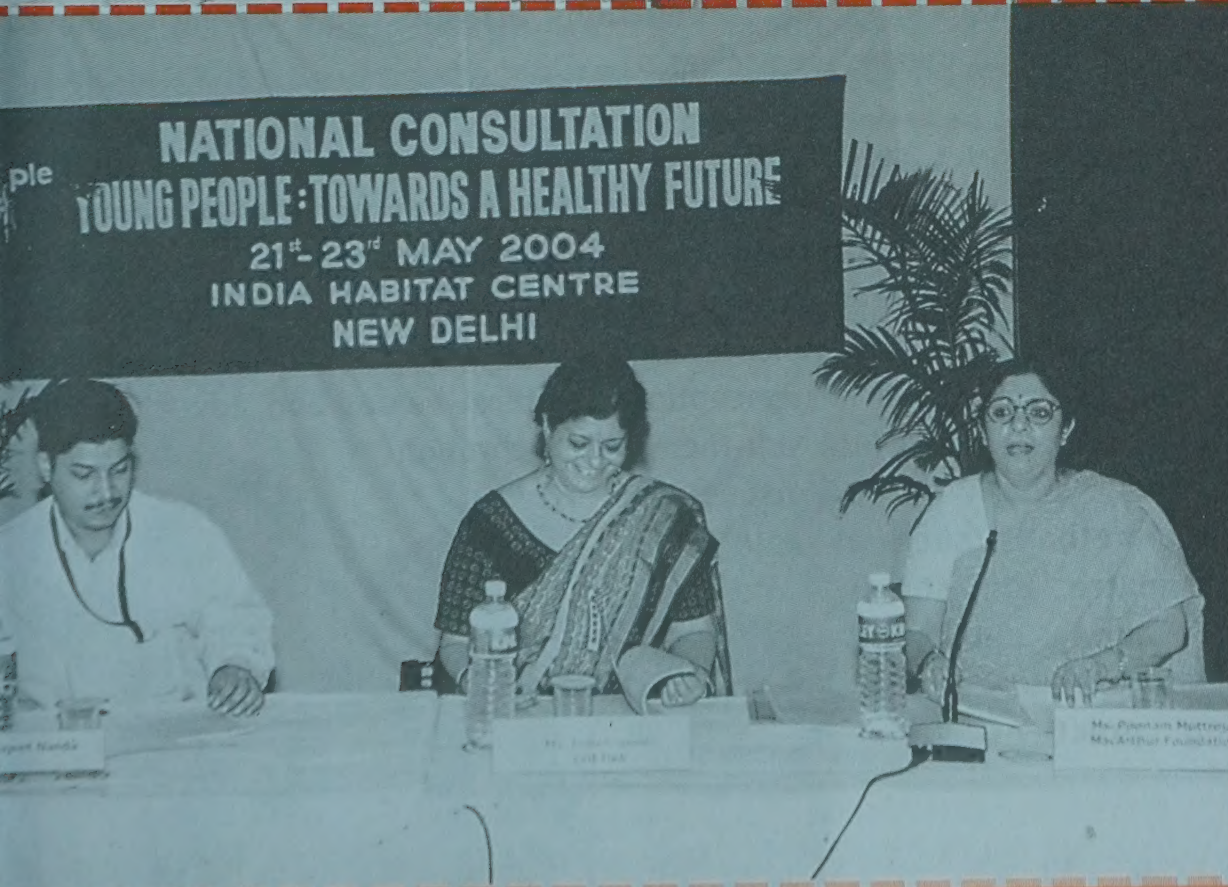
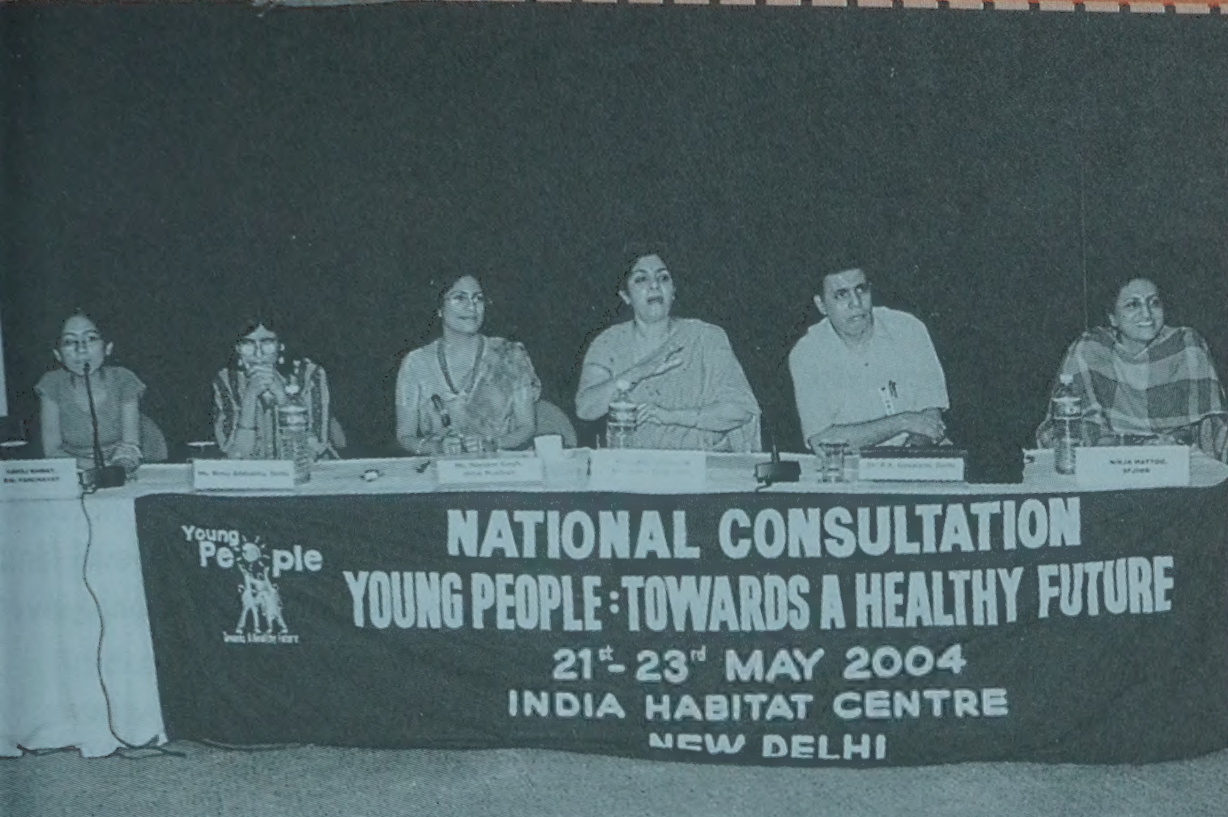


and Population Foundation of India (PFI) in collaboration with the Ministry of Youth Affairs and Sports and the Ministry of Health and Family Welfare.

The Alliance seeks to reflect the concerns of young people, to bridge the gap between programmes and youth perspectives, to ensure youth participation in advocacy for the adoption of appropriate strategies and to build their skills and capacity. Over the course of 2004, it has spearheaded a number of Consultations at the local and State levels, culminating in May 2004 with a National-level Consultation that brought together the findings and recommendations of the State level meetings.

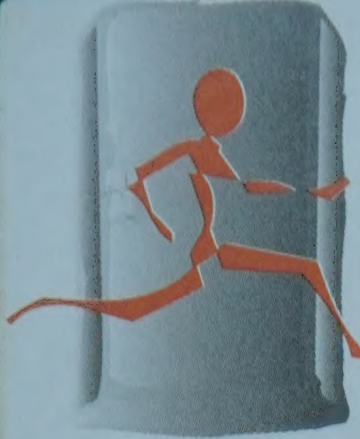
The objective of this report is to highlight the process of alliance-building at different levels, describe the situation and needs of youth drawn from the available evidence (largely from Jejeebhoy and Sebastian 2003) and discussions at the State-level Consultations, articulate the unique needs of youth expressed at different State- and National-level Consultations, and arrive at an agenda for the Alliance to take forward the health and related needs of youth.





The Process of Alliance Building

The Alliance is the result of a bottom up approach spanning NGOs, CBOs, government departments, international agencies, parents, media and the youth themselves. Over 10,000 people across 13 states of India participated in 16 State Consultations to eventually provide their inputs to the National Consultation and commit themselves to youth issues.



The Process of Alliance Building

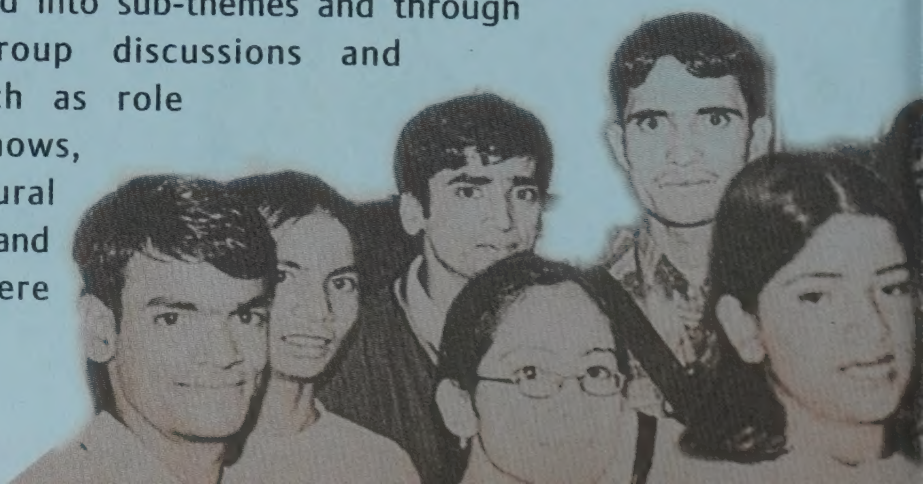
Using a bottom up approach, the Alliance has been able to create a vibrant network to address the issues of youth. Consultations were initiated at the local level and were followed by a series of Consultations across 13 states and a National-level Consultation.

Consultations at the State and National levels brought together multiple stakeholders and networks working for and with young people. These included youth-serving non-governmental organisations (NGOs) and community-based organisations (CBOs) from different geographical settings and addressing diverse issues, and Central and State Government representatives from a range of departments including Women and Child Development, Health, Education and Youth Affairs. Efforts were made to ensure the participation of parents and teachers, as they are immediate and crucial stakeholders who influence young people. Representatives from international agencies, health care personnel and NGO/ Government organisation (GO) counsellors also participated, as did representatives from the media.

Most importantly, young people themselves participated actively and enthusiastically at all the forums, openly expressing their views and concerns on issues related to their health and development. They came from different socio-economic backgrounds and from both the formal and informal education system, and some were school dropouts. For many young people, this was their first exposure to being away from home and being part of a large peer group gathering. To implement the lessons from the discussions during the Consultations, young people were encouraged to share their action plans at the level of self, family and community to take the agenda forward. In all the Consultations, activities were largely organised and managed by young people themselves.

A wide range of issues reflecting youth concerns were discussed such as reproductive and sexual health, sexuality education, education through formal and non-formal systems, vocational training, livelihood opportunities and life skills education, gender, empowerment, and rights and responsibilities. Other issues included youth-friendly services, violence, substance abuse, mental health, nutrition, physical changes, myths and misconceptions, cultural values and advocacy with youth. Topics were divided into sub-themes and through presentations, small group discussions and innovative methods such as role playing, theatre, film shows, songs and cultural programmes, experiences and promising practices were

Consultations were initiated at the local level and were followed by a series of Consultations across 13 states at a National-level



shared. Concerns and gaps in current policies and programmes and recommendations were also debated to take the agenda forward.

State-level Consultations

Over 10,000 people participated in 16 Consultations across 13 states-Andhra Pradesh, Bihar, Delhi (two), Goa, Gujarat, Jharkhand, Karnataka, Maharashtra, Pondicherry, Rajasthan (including one for desert adolescents), Tamil Nadu, Uttar Pradesh and Uttranchal (including one for mountain adolescents).

Some of the highlights of the State-level Consultations were:

The Hyderabad Declaration was released based on Consultations in Andhra Pradesh, which stressed the constructive role that youth can play through their involvement and participation in formulating policies affecting the lives of young people.

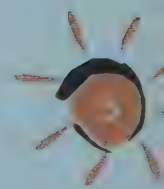
In Karnataka parents actively participated in the Consultation programme.

Youth polls were conducted in the Gujarat Consultations on various issues, which reflected the different points of view of the young people. This generated great enthusiasm, as it was the first time that many young participants were polling. Creative workshops were also organised on issues of environment and science that affect the lives of young people. Young people themselves volunteered to facilitate and manage the sessions, and reported that the experience enhanced their leadership and management skills.

In Jharkhand, participants were divided into groups and asked to design a Block-level project plan for a youth reproductive and sexual health programme. This generated innovative ideas that captured the perspectives of young people on project planning, and helped develop conceptual clarity on these issues.

Folk media were effectively used in Rajasthan to encourage the active participation of youth. An exhibition by participating organisations was organised to share educational material and their experiences of working with young people. District plans were also conceptualised. Networks at the district and block levels have been initiated with formal and informal organisations, and schools and colleges at the local level that have not been able to participate in State Consultations to address youth-related concerns.

In Bihar, a profile of NGOs working with youth in the state was compiled. Young people were actively involved in quiz competitions, poster competitions and skits.



National-level Consultation

The National-level Consultation was among the first national gatherings of youth and youth-serving organisations in India. Over 500 participants attended the Consultations, mostly youth. The essence of the Consultation was captured by rapporteurs, writers and film makers, many of whom were young people. Indeed, virtually every session included at least one young presenter, often more. Discussions were lively and often extended beyond the session itself.

The National-level Consultation synthesised the situation and needs of young people, reviewed the various programmes and policies for youth and suggested modifications, shared evidence-based effective practices and models, established a joint monitoring mechanism in consultation with various Ministries and networks and most importantly created a space for open discussion on health and development issues for youth.

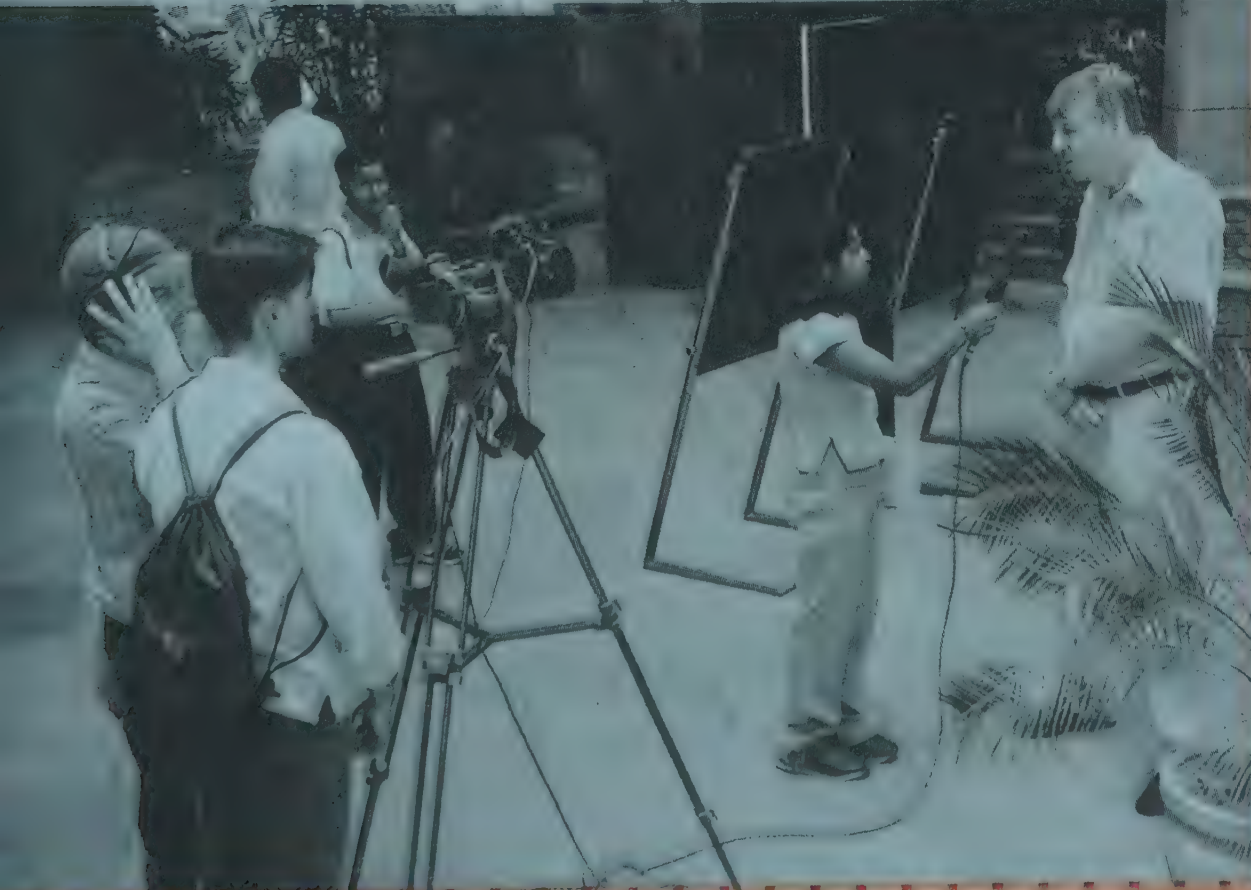
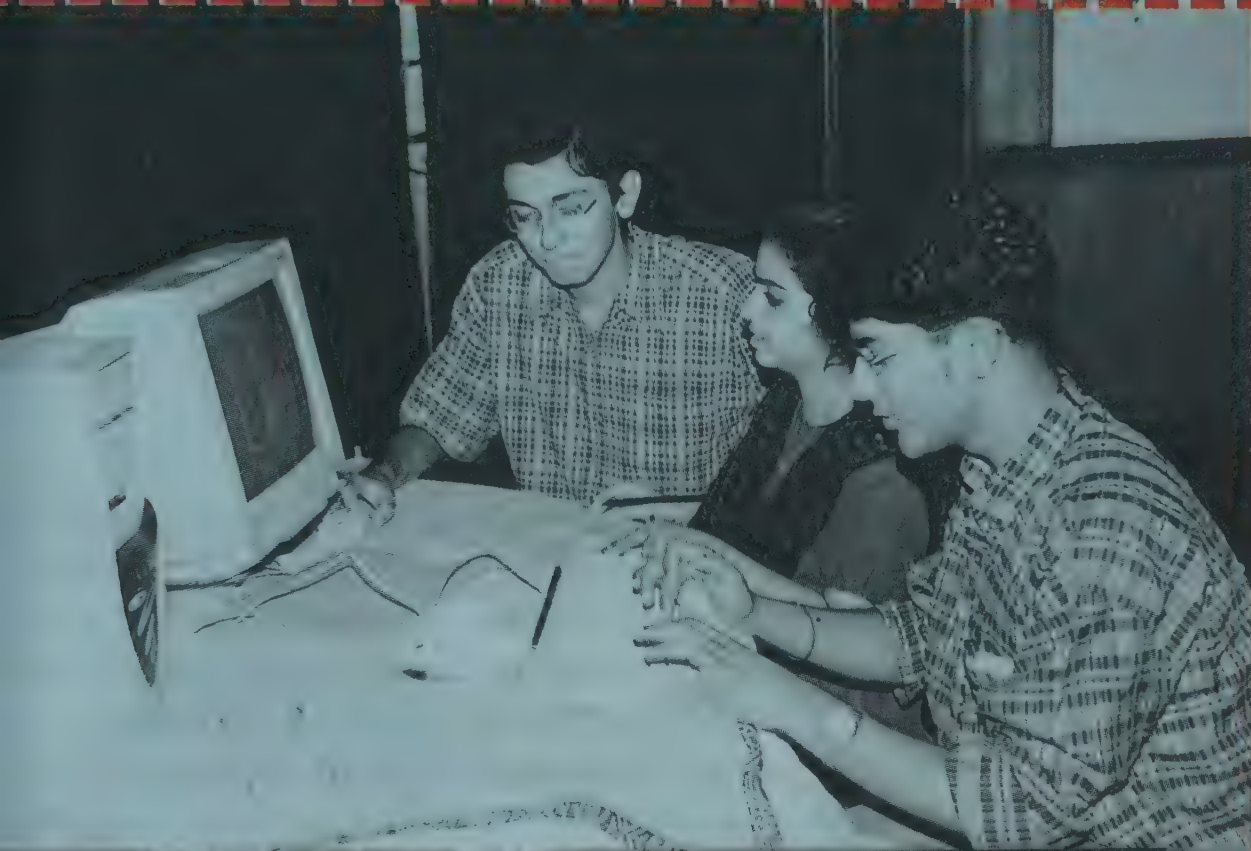
**The National-level
Consultation
synthesised the
situation and needs of
young people**

Presentations at the National-level Consultation highlighted the major challenges that adolescents face including health risks, limited communication with parents and other adults, lack of education, life skills and livelihoods opportunities, and limited participation of youth in policy design and programme implementation. Also discussed were strategies to strengthen the Alliance and take the agenda forward.

Lead NGOs in State-level Consultations :

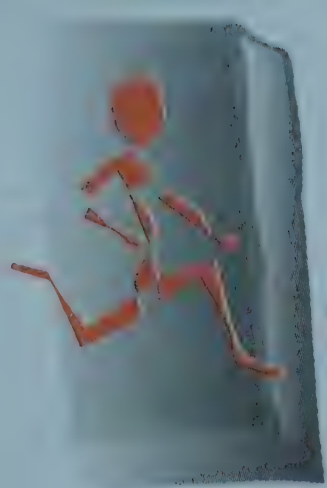
	State	Dates	Lead NGOs
1	Maharashtra/ Goa	February 5-8, 2004	CASP-Plan
2	Uttaranchal	March 10-12, 2004	HIHT/PFI
4	Uttar Pradesh	March 15-18, 2004	Mahila Samakhya
5	Bihar	April 5-7, 2004	Pathfinder International
6	Jharkhand	April 15-17, 2004	CINI/PFI
7	Rajasthan I	April 19-21, 2004	CHETNA
8	Rajasthan II	February 27-29, 2004	Urmul Bhajju-Plan
9	Gujarat	April 27-30, 2004	CHETNA
10	Delhi East/North	April 29-30, 2004	CASP-Plan
11	Delhi West/South	March 25-26, 2004	CASP-Plan
12	Tamil Nadu/Pondicherry	Mar 31-Apr 3, 2004	RUHSA, MYRADA-Plan
13	Andhra Pradesh	May 3-4, 2004	AGS-Plan/Reddy Foundation
14	Karnataka	May 5-8, 2004	MYRADA-Plan
15	Orissa	June 28-29, 2004	CYSD-Plan





Why Youth as a Target Group?

Young people between 10-24 years constitute approximately one-third of India's population—i.e. about 300 million people. Their needs are unique to their group and cannot be compartmentalised with those of adults or children. They require an array of services to address their multiple concerns, which until now have remain unaddressed.



Why Youth as a Target Group?

Young people between 10-24 years constitute approximately one-third of India's population-i.e. about 300 million people. They are a heterogeneous group and their situation and needs differ by age, gender, marital status, class, region, religion, state and cultural context. Youth is a relatively healthy period of life, and the mortality and morbidity experienced in these ages is largely behaviour-related.

The Indian context

Key obstacles to young people achieving good health identified at the Consultations were health risks including early marriage and consequent risky childbearing, lack of education and livelihood opportunities, lack of communication with parents and trusted adults, and lack of youth participation in policies and programmes

Patriarchal norms and gender differentials characterise the lives of young people and limit the autonomy of young females in India, and are reflected in critical socio-demographic indicators such as literacy, employment and mortality. For example, despite the Government's efforts to provide universal literacy, compared to boys aged 15-19, over twice the percentage of young girls continue to be illiterate (32 per cent and 15 per cent respectively). Fewer young females (aged 15-17) are enrolled in school than young men (40 per cent and 58 per cent respectively), and only 44 per cent of women aged 15-49 had completed primary education compared to 69 per cent of men (IIPS and ORC Macro 2000).

Compared to males, fewer females (aged 15-19) are engaged in economic activity (26 per cent and 44 per cent respectively) though these figures may not reflect girls' contribution to household labour and the unpaid labour of women is not recognised (ILO 1998). Likewise, mortality rates are higher among young females than males--2.5 and 1.8 per 1,000 respectively in the age group 15-19 years and 3.8 and 2.7 per 1,000 respectively among those in the 20-24 years age group (IIPS and ORC Macro 2000).

Mortality rates of young people are generally low, though gender disparities are emerging. Female foeticide and infanticide are still practised in many parts of India, and unlike many other countries, the infant mortality rate for male children in India is lower than for females (75 and 85 per 1,000 respectively). The sex ratio favours men and for every 1,000 males in India, there are 933 females (RGI 2001). Sex-selective abortions prevail due to the preference for male children.



Towards a healthy future: Obstacles and barriers

Youth require an array of services and their needs cannot be compartmentalised. However, programmes have not addressed the multiplicity of concerns they express.

While all the Consultations raised a relatively uniform set of concerns, strategies for action varied. As Ms Smita, a young participant at the National-level Consultation, concluded, "The three significant concerns raised in State-level Consultations were education, substance abuse and youth-friendly services." Key obstacles to young people achieving good health identified at the Consultations were health risks including early marriage and consequent risky childbearing, lack of education and livelihood opportunities, lack of communication with parents and trusted adults, and lack of youth participation in policies and programmes.

Health risks

The context of the lives of young girls and boys in India expose them to several risks concerning their physical, mental, emotional and sexual health. The situation is exacerbated by structural factors such as gender disparities, malnutrition, early marriage and childbearing, inadequate access to health care information and lack of specialised reproductive health services to help them negotiate the passage to adulthood.

Early marriage and risky childbearing

For many girls in India early and arranged marriage is the norm. Half of all women aged 20-24 are married by 18 years and a quarter by 15 years (IIPS and ORC Macro 2000) (see Table 1). Boys in contrast rarely marry in adolescence (only 6 per cent of boys in this age group were married) (IIPS and ORC Macro 2000). In short, sexual activity takes place within the context of marriage for the large majority of adolescent females.

Early marriage is often followed by early pregnancy and childbearing as women face strong pressures to prove their fertility and, in many settings, bearing sons is the only means by which young women can establish social acceptance and economic security in their marital homes (Barua and Kurz 2001; Kulkarni 2003; Santhya and Jejeebhoy 2003). Adolescent fertility rates are high in India, roughly 107 births per 1,000 girls aged 15-19 years (IIPS and ORC Macro 2000). Over 1 in 5 married adolescents give birth by age 17 and half of all women have already experienced pregnancy and childbearing by 19 years. Subsequent pregnancies tend to be more closely spaced than among adults.

The three significant concerns raised in State-level Consultations were education, substance abuse and youth-friendly services



Table 1: Percentage of young women married by age 13, 15, 18 years

	Women currently aged:	
	20-24	25-29
Proportion ever married	78.8	94.5
Percentage married by age 13	8.9	12.1
Percentage married by age 15	23.5	29.2
Percentage married by age 18	50.0	58.9
Percentage married in adolescence (by age 20)	67.1	74.9

Source: IIPS and ORC Macro 2000.

Early pregnancy and childbearing can have adverse health consequences for young mothers. Compared to older women, adolescents are more likely to experience maternal deaths and adverse pregnancy outcomes, notably neonatal mortality (IIPS and ORC Macro 2000), perinatal mortality, spontaneous abortion and stillbirth. Adolescents are also more likely to report morbidity than older women (IIPS 1995), such as complications in the antenatal and intra-natal periods, anaemia, pregnancy-induced hypertension and preterm labour, and low birth babies (Jejeebhoy and Sebastian 2003). Early and closely spaced childbearing are particularly risky for adolescents because a large number are anaemic and may not have reached physical maturity.

Growth and maturation

Proper nutrition in adolescence and early adulthood is important for healthy growth and maturation. However, as a consequence of gender discrimination, young women are disproportionately disadvantaged in terms of food intake compared to young men. The rate of anaemia is high among young women; nationally, about one-fifth of ever-married adolescents have moderate to severe anaemia and nearly 15 per cent are stunted (IIPS and ORC Macro 2000). The issue of discrimination in food intake was highlighted at the Consultations, and some girls spoke of preference being given to male family members and girls being given leftover food or an inadequate amount of food compared to males.

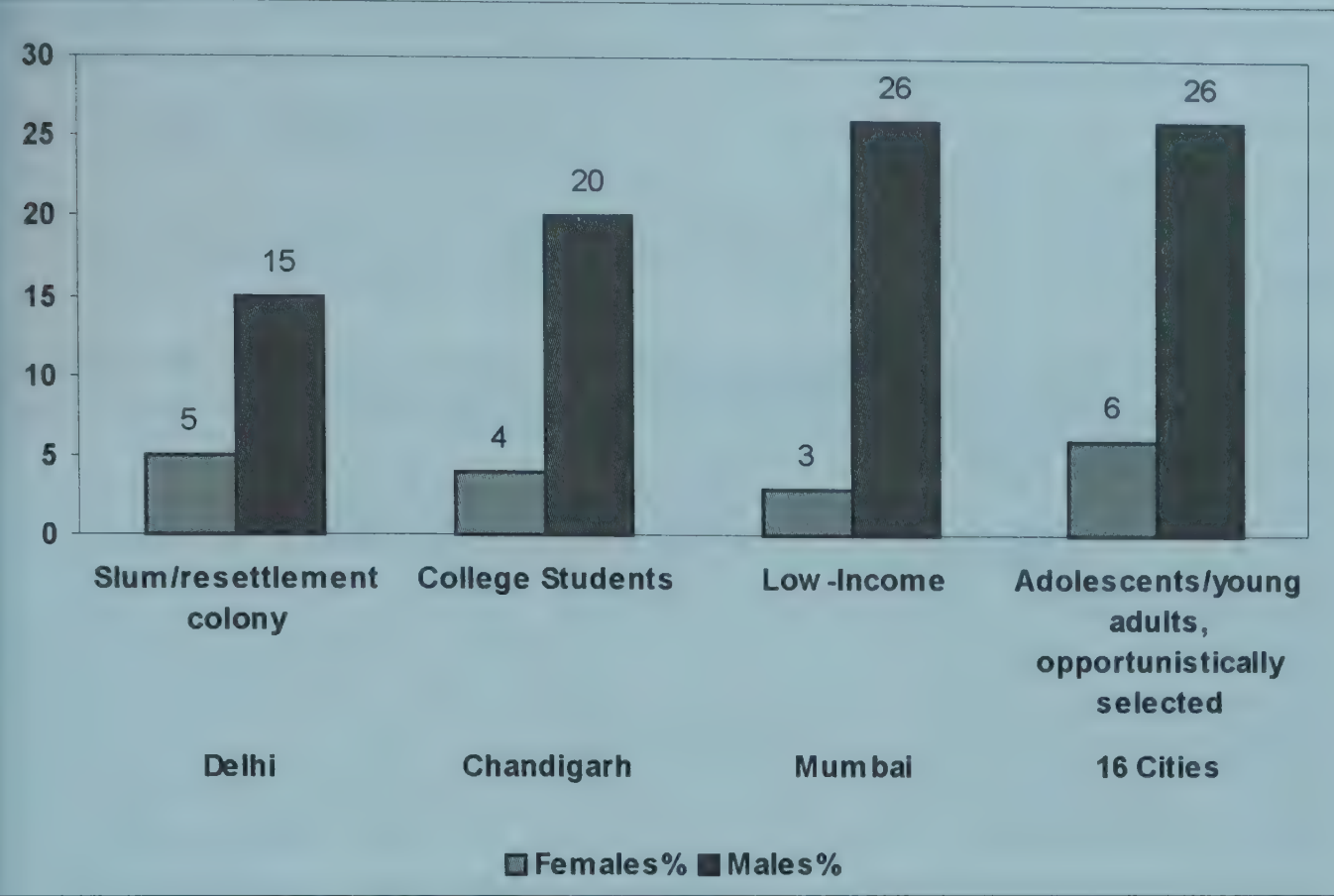
Early unsafe sex

Young people in India, particularly young males, report early onset of sexual activity. Small-scale studies show that 15-30 per cent of adolescent males and less than 10 per cent of young females reported early premarital activity (see Figure 1). While young males have premarital sexual encounters with casual partners, multiple partners and sex workers, sexual activity for the majority of adolescent girls is not only very rare but generally takes place within a relationship perceived to be "committed".

Over 1 in 5
married
adolescents give
birth by age 17
and half of all
women have
already
experienced
pregnancy and
childbearing by 19
years



Figure 1: Premarital sexual activity among youth: Selected studies, 1990s



Source: Mehra, Savithri and Coutinho 2002b (Delhi); Kaur et al. 1996 (Chandigarh); Abraham and Kumar 1999 (Mumbai); Watsa 1993(16-city study).

Participants highlighted concerns about premarital sexual activity, unwanted early pregnancies and abortion. They attributed early sexually activity to peer group pressure, sexual exploitation, school discontinuation and the effect of watching pornographic films. Discussions revealed that despite knowledge and awareness of safe sex practices, the non-availability of condoms and the lack of youth-friendly health services were major obstacles to the adoption of protective behaviours.

Lack of contraceptive and condom use

Contraceptive use is low within marriage and with casual partners. Few young married women use modern methods of contraception-nationally only 8 per cent of those aged 15-19 were using any method of contraception at the time of the National Family Health Survey-2 (NFHS-2) and 5 per cent were using a modern method, and as many as 27 per cent expressed an unmet need for contraception (IIPS and ORC Macro 2000). Among young unmarried adolescent females and males reporting casual sex, only about half had used a condom at the last sexual encounter (NACO and UNICEF 2002).



Unintended pregnancy, abortion and infection

High rates of unwanted pregnancy are experienced among young women in India and the incidence of unplanned pregnancies is approximately 15 per cent among youth (Pachauri and Santhya 2003). Adolescents also constitute a substantial proportion (1-10 per cent) of abortion seekers (Ganatra 2000). A disproportionately large percentage of unmarried abortion seekers are adolescents, many of whom are below 15 years (Jejeebhoy 1996). Many young females seek abortions from unqualified providers, resulting in greater morbidity than older abortion seekers.

Compared to adults, young people are biologically and socially more vulnerable to sexually transmitted infection (STI) and reproductive tract infection (RTI). Low condom use also places them at particular risk of acquiring STIs.

It is difficult to accurately estimate the prevalence of RTIs/STIs including HIV among young people due to the paucity of available data. STIs were observed in studies of married young women often considered "low risk" (18 per cent) (Joseph, Prasad and Abraham 2003). According to the National AIDS Control Organisation (NACO) National Behavioural Surveillance Survey, approximately 3 and 5 per cent of young, mostly unmarried, males and females respectively reported experiencing such symptoms of STIs/RTIs as discharge, ulcers or sores in the 12 months preceding the survey, suggesting that awareness of symptoms may be limited among youth (NACO and UNICEF 2002).

Sexual violence

The experience of forced sex can compromise the victim's ability to negotiate safe and protective behaviours. While many boys and girls experience forced sexual relations, these incidents are rarely reported (see Figure 2). For many young women, sexual relations even within the context of marriage are accompanied by force, and many are inhibited from exercising choice over whether and when to have sex and whether to use condoms as they fear marital discord and threats of remarriage (Sodhi and Verma 2003). It was felt that because of social stigma, such incidents are often unreported and most victims fail to seek justice. Many lack social and emotional support and parents seldom support their daughters if they have been subjected to marital violence. In India, dowry demands may result in violence against women and sometimes even death.

Sexual abuse can have adverse social and mental health outcomes such as depression, anxiety, low self worth, dysfunctional relationships and suicidal tendencies. Violence is exacerbated by structural factors such as unequal power relations, gender discrimination, poor status of women, and early marriage and childbearing.

Sexual violence was an issue that arose frequently at the Consultations. Young people were evidently familiar with sexual violence, and expressed concerns about ways of protecting youth, especially young females, from sexual violence.

For many young women, sexual relations even within the context of marriage are accompanied by force, and many are inhibited from exercising choice over whether and when to have sex and whether to use condoms as they fear marital discord and threats of remarriage

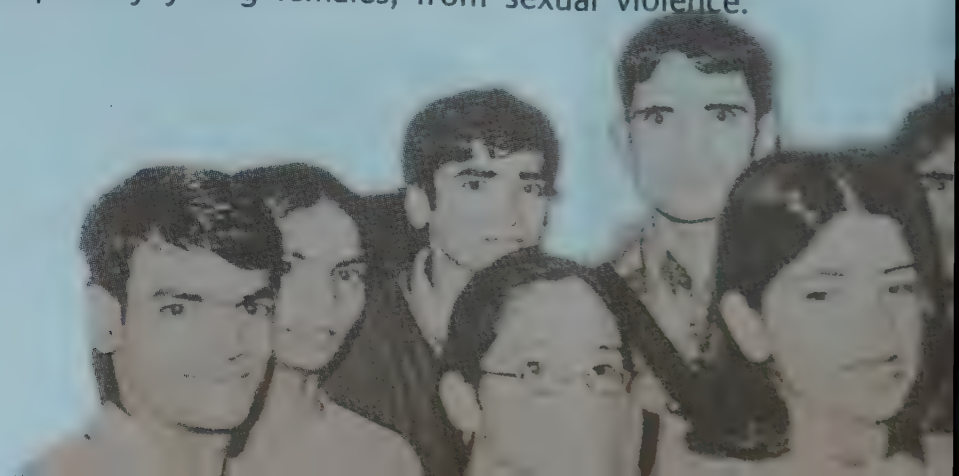
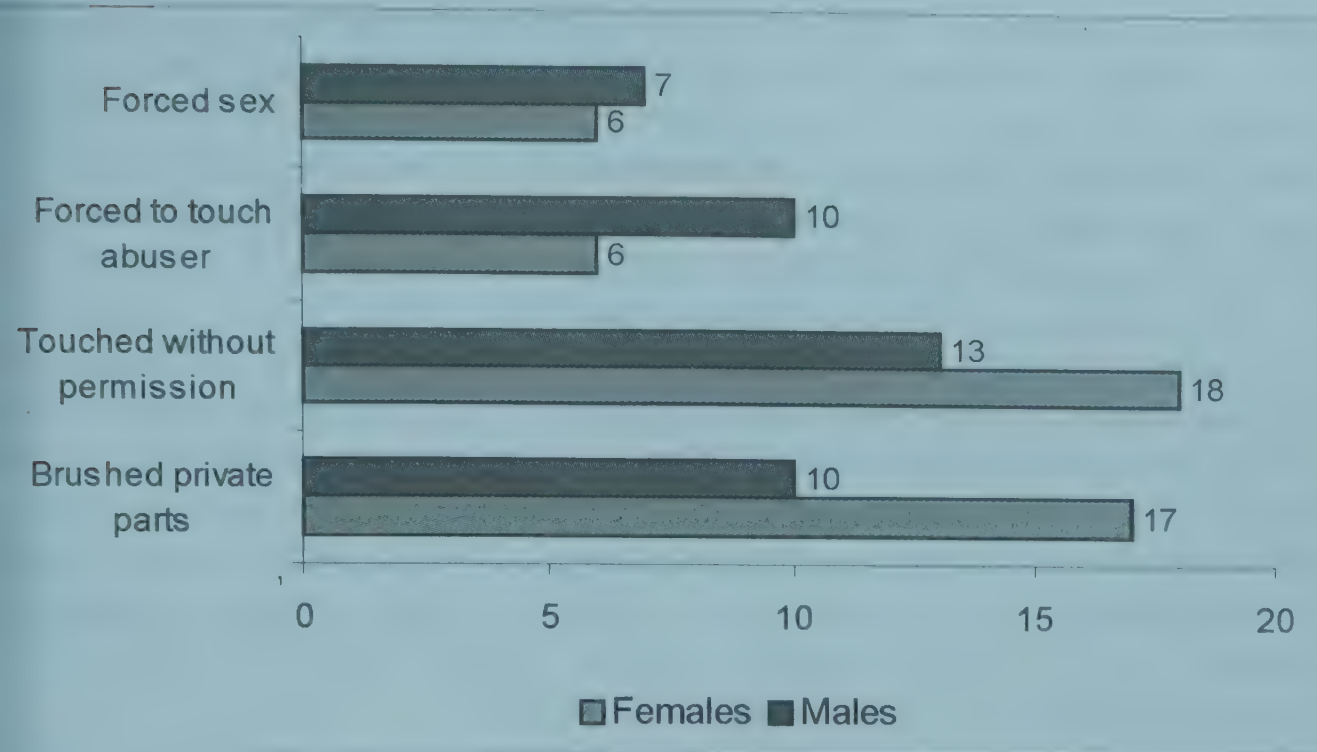


Figure 2: Percentage of adolescent females and males (16-17 years) in Goa reporting non-consensual sexual experiences



Source: Patel and Andrew 2001.

Substance abuse

A concern that was raised at the Consultations was the rise in alcohol and substance abuse among young people, often initiated in early adolescence. Addiction often leads to greater vulnerability and unsafe injecting practices can increase the risk of HIV transmission. The Global Youth Tobacco Survey shows that 1-39 per cent of young males and 0.2-13 per cent of young females in India currently smoke cigarettes and a larger number (5.5-69.1 and 3.2-56.4 per cent respectively) currently use a tobacco product (WHO and CDC 2003).



Neglected sub-populations

Consultations recognised the profound vulnerability of children with special needs, such as street children and physically challenged youth, which are exacerbated by limited education and employment opportunities, inadequate health facilities and rehabilitation centres, and lack of information on special services for these sub-populations.

Factors underlying health risks

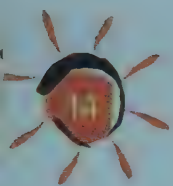
Many young people articulated their lack of information about sexual and reproductive health, their poor communication with parents, the limited availability of services and the lack of appropriate and "youth-friendly" services as barriers to seeking appropriate and timely care. Unequal gender norms and limited exercise of informed choice that young people experience were also highlighted.



Unequal gender norms: Rights and choice

Unequal gender norms are reflected in young people's sexual behaviours. While social norms condone the early onset of premarital, extramarital and casual sexual activity among young men, young unmarried women face constraints on their mobility and sexuality as a high premium is placed on preserving their chastity. Young people may justify gender double standards. For example, boys in a college-based study argue that it is permissible for them to have premarital sex but not for their future wives (Abraham 2001).

As young people grow up, boys are given freedom to do anything and, at the same time, girls are more controlled



Young women have limited autonomy in the exercise of rights and choice. Few can make decisions on whether to continue schooling or whom and when to marry. Girls seldom participate in household decisions or those concerning reproductive and sexual health in their marital homes and male partners, parents or in-laws play a leading role as decision makers. Lack of awareness, limited partner communication on sexual matters and the threat of violence compound women's inability to negotiate safe sex and perpetuate a culture of silence that inhibits them from seeking appropriate health care or prompt treatment.

Concerns regarding gender discrimination were articulated at the Consultations. Some of the issues raised and debated were the following:

As young people grow up, boys are given freedom to do anything and, at the same time, girls are more controlled. Why?

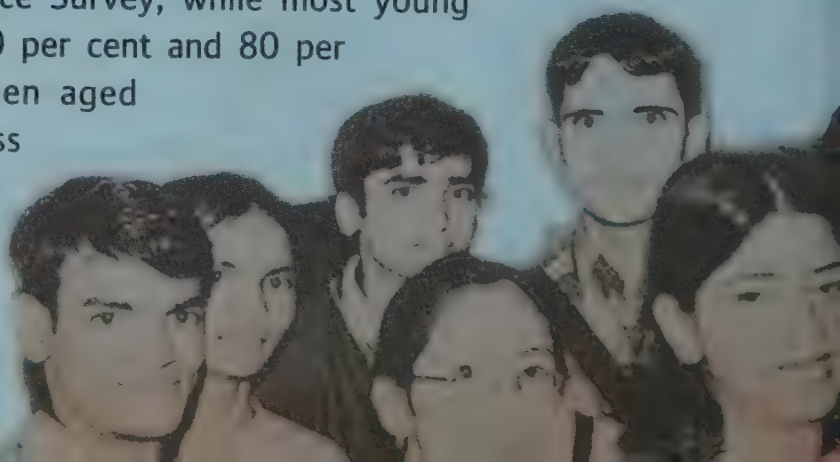
Are women responsible for their own exploitation?

... in our society, if a woman gives birth to a male child people celebrate the event at the same time if a female child is born the family mourns. A woman is blamed and ill-treated for giving birth to a girl-child when the male is responsible for determining the sex of the child. Then who is responsible for the discrimination?

Misconceptions and lack of in-depth knowledge

Young people, particularly females, have limited knowledge of sexual health issues and protective behaviours. Consequently, a number of myths and misconceptions prevail that can have far-reaching health consequences. A study shows for example that many young people believe that women cannot become pregnant at sexual debut, that symptoms of STIs go away on their own, that one can clearly identify an HIV-infected person by their appearance, that pregnancy can occur through physical embrace, or that HIV infection is transmitted through everyday activity or can be prevented by good personal hygiene (Brown et al. 2001). Few sexually experienced youth considered themselves at risk of infection, including HIV (Abraham and Kumar 1999).

Many young people lack in-depth knowledge of STIs/HIV. According to the NACO National Behavioural Surveillance Survey, while most young people were aware of AIDS (90 per cent and 80 per cent of young men and women aged 15-19 respectively), awareness of STIs and their links to HIV was limited: 28 per cent of young men and 29 per cent of young women had heard of



STIs, and only 21 per cent and 18 per cent respectively were aware that STI patients have a higher risk of HIV infection than others (NACO and UNICEF 2002). Among young women aged up to 24 years in India, while 37 per cent had heard of AIDS, no more than three in five could identify such risk factors as multiple partner relations or inconsistent condom use (UNICEF, UNAIDS and WHO 2002).

The main sources of information on sexual and reproductive matters for young people, particularly young males, are television, peers and erotic literature although the information they provide is not always accurate. The NACO National Behavioural Surveillance Survey suggests that young people are relatively unexposed to the range of media providing messages on HIV/AIDS: while 76 per cent were exposed to such messages on television, far fewer (between one-third and half) were exposed to messages through the radio or newspapers/magazines, and between 6 per cent and 12 per cent through billboards, pamphlets or films. In contrast, even fewer - about 15 per cent of males and females -- were exposed to inter-personal communication on the topic (NACO and UNICEF 2002).

Lack of communication with parents and other trusted adults

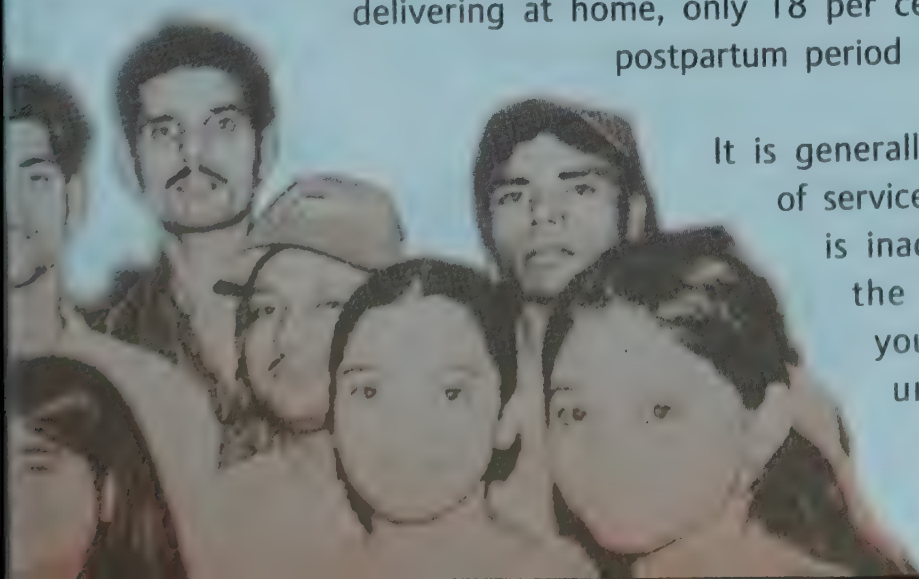
Young people are poorly informed of issues related to reproductive health and their sexuality as a result of lack of communication with parents and other adults. Parents may be hesitant to discuss these issues with their children for several reasons. For one, they often believe that this would imply implicit approval of sexual activity although a few studies hint that family support may be key in influencing safe sex behaviours. Parents also believe that monitoring their daughters' activities would prevent intimate non-sexual and sexual relationships although evidence suggests otherwise (Mehra, Savithri and Coutinho 2002a). While some parents now recognise the importance of raising awareness among their adolescent children, they are inhibited by lack of in-depth knowledge and embarrassment to do this themselves (Damayanthi 2003; Sebastian et al. 2003; Subba Rao 2003). Some young people also reported that health providers were unable or hesitant to provide information related to sexual and reproductive health.

Lack of appropriate services, poor quality of services and judgemental providers

Few programmes provide the necessary services and care that take into account young women's special and diverse needs. For example, despite high rates of unplanned pregnancies among newly married adolescents, contraceptives are rarely offered to young brides as delaying the first birth is culturally unacceptable. Few young married women receive antenatal and intra-partum care although they are more likely to suffer adverse maternal outcomes compared to older mothers. Nationally, almost one-third of adolescents who gave birth in the three years preceding the NFHS-2 received no antenatal care; only 31 per cent delivered in an institution and 42 per cent were delivered by a trained attendant. Of those delivering at home, only 18 per cent were followed up in the postpartum period (IIPS and ORC Macro 2000).

It is generally agreed that the provision of services through the health system is inadequate and largely ignores the needs of the young. Few young women, particularly the unmarried, access services

Young people are poorly informed of issues related to reproductive health and their sexuality as a result of lack of communication with parents and other adults



compared to adult women for a number of reasons. The quality of care may be poor or unaffordable, services may be inaccessible or lack privacy, or providers perceived as being "threatening" or "judgemental". Young people are also unlikely to be aware of the services available to them or of their right to avail these services. Many for example believe that abortion services are not legally available to unmarried women (Ganatra and Hirve 2002).

Contraceptive services under the Reproductive and Child Health (RCH) Programme are not available to the unmarried. The Family Welfare Programme effectively denies unmarried young people access to contraceptive information and supplies, and the activities of its peripheral health workers are focused on the married.

Delayed care seeking, particularly among the unmarried

Treatment-seeking for symptoms of STIs/RTIs/HIV infection is limited among young people, particularly the unmarried. According to the NACO survey, fewer than half of all symptomatic young men and about one-third of all young women, mostly unmarried, sought medical care for their symptoms (NACO and UNICEF 2002). Although young people, particularly young women, are more susceptible than adults to such infections, symptoms of infections may go unnoticed in this sub-population.

Unmarried girls are more disadvantaged than adult women, and are more likely to seek unsafe abortion services, to have delayed abortions and undergo second trimester abortions and consequently to suffer complications. Unqualified or traditional providers are frequently preferred because they are perceived as providing prompt and anonymous care (Ganatra and Hirve 2002).


Lack of education, life skills and livelihood opportunities

A major concern articulated at the Consultations by young people was the lack of educational opportunities for young males and especially females. The low attendance and the high drop-out rate for girls and young women in school were highlighted. A key factor identified was gender discrimination at the level of the family and society. At the family level, fears for the safety of adolescent girls, the perception that education for girls is unnecessary and household responsibilities including care of siblings were barriers to school attendance while at the societal level early marriage, poverty and lack of schools in villages after the primary level were major constraints. One young participant at a State-level Consultation observed that: "the dropout rate for girls is high ... due to social insecurity and gender bias."

Poor access to schools was another constraint to further schooling. As a young participant at the State-level Consultation said: "Our village has school till the primary level but there is no secondary school nearby. I wanted to study further, but could not continue my education because my parents did not allow me to go to other village for studies."

Other factors constraining continuation in school were poor quality of education, lack of infrastructure and inadequate sports facilities.

Many young people felt that there is a disconnect between



The dropout rate for girls is high ... due to social insecurity and gender bias

what is taught and vocational opportunities, and were concerned about how education can be effectively linked to opportunities for employment, career and work.

At the Consultations, young people reiterated the absence of sexuality education. Teachers are reluctant to discuss matters related to sex, sexuality, HIV and adolescent health with their students and may skip the topic of reproductive health either because they are hesitant or they feel that the students are not comfortable with the topic. These misconceptions create a barrier between teachers and students resulting in youth remaining ignorant or incorrectly informed.

The Consultations highlighted the need for educational and livelihood opportunities to empower young people, particularly young women, to exercise their rights and choices on matters related to reproductive sexual health and make them less vulnerable to associated risks. It was felt that education should be livelihood-based, and should build self-confidence and self-reliance. Vocational education is also an important component of education as it equips youth to earn a livelihood and become self-reliant. A young participant from Rajasthan reiterated the point: "Our education should have a balance of life skills and vocational education."

Using the media for effective communication

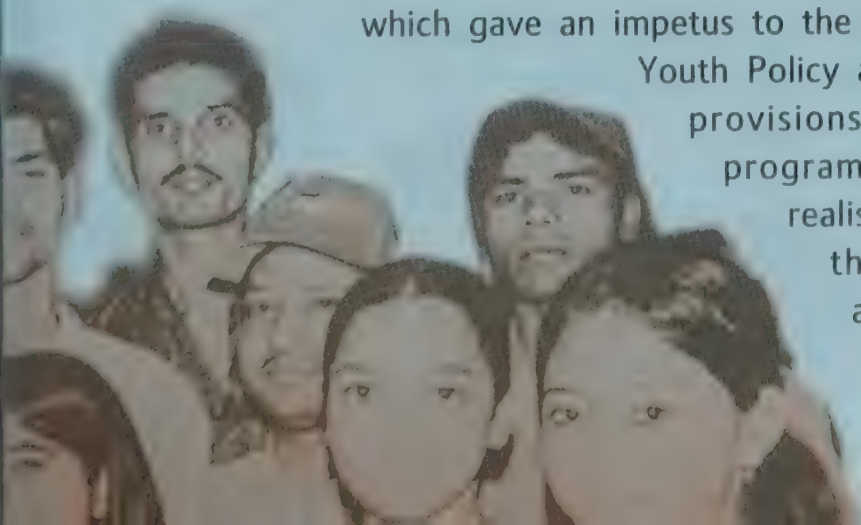
The Consultations generated debate and discussion on the limited awareness of sexual health issues and possible strategies of using the media and other forums to improve communication on these issues. Youth voices from several Consultations emphasised their right to information. They argued that young people had many queries but no one to address them. Parents and teachers tended to suppress information on sexuality due to their embarrassment, forcing them to seek information from not-so-reliable media.

The Consultations noted that the mass media can play a critical role in young people's development as a number of young people in India are exposed to newspapers, television, films and the radio. However, presently the media are likely to misinform and reinforce patriarchal norms rather than act as agents of change. The media are often gender insensitive, use provocative language and reinforce sexual images. Adolescent concerns are not regularly highlighted, and the media often sensationalises youth.

Limitations in policies and programmes

Policies and programmes have only recently begun to address the specific health concerns of youth. At the international level the International Conference on Population and Development (ICPD) has recognised the special needs of youth, which gave an impetus to the formulation of a draft National Youth Policy and the introduction of specific provisions in various policy and programme documents reflecting the realisation that the health needs of this group require special attention. The National Population Policy, 2000 recognises the special

The mass media can play a critical role in young people's development as a number of young people in India are exposed to newspapers, television, films and the radio



reproductive health needs of adolescents and young people that have remained unmet. The Policy also advocates special programmatic intervention to delay age at marriage, ensure free and compulsory education up to the age of 14 and provide nutritional services. It also recommends access to information and counselling services, including reproductive services, that are affordable and accessible. The thrust of the draft National Youth Policy 2000 centres on a multisectoral approach to youth, with a focus on "youth empowerment".

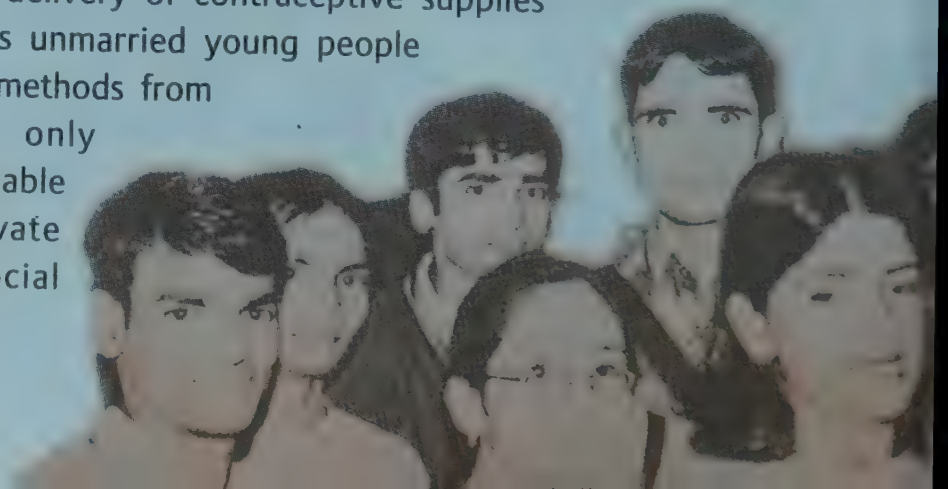
For the first time, the Tenth Five-year Plan recognises adolescents as a priority and the Planning Commission has established a working group to formulate a policy that addresses issues relating to them. The Government has taken steps in this direction by incorporating a major component of adolescent health in the Reproductive and Child Health (RCH) package implemented by the Department of Family Welfare. The National AIDS Policy 2000, implemented by NACO, also focuses on youth. The Ministry of Youth Affairs and Sports, the nodal ministry for Youth Affairs, has taken the lead in coordinating youth activities and programmes implemented by various Departments/Ministries.

Several states have introduced specific programmes for youth. A number of programmes in different parts of the country attempt to build skills and livelihoods, provide training and education, and more generally, empower girls in ways that may have a bearing on their sexual and reproductive health awareness and exercise of reproductive choices as well as expand their life skills. However, these schemes have a limited reach, and have rarely been evaluated (for a review of youth-related policies and programmes see Gupta, 2004).

While there are several programmes to assure young people's sexual and reproductive health, their ability to exercise rights and choice, and provide employment and livelihoods, these have rarely been implemented in ways that address the needs of young people. Programmes do not recognise that the needs of young people cannot be compartmentalised. Few programmes, for example, address married adolescents as a distinct group and recognise their special needs--to postpone early childbearing or counter the significant barriers imposed on their mobility or health-seeking decision-making. Few programmes explicitly ensure that married young women receive antenatal or intra-partum care with the result that they are no more likely to receive pregnancy-related services than adult women are (IIPS and ORC Macro 2000; Santhya and Jejeebhoy 2003). Few programmes focus on young married women's needs for care of gynaecological disorders.

Programmes seldom cover the needs of unmarried young people. While adolescents would like to know more about their bodies, relationships, sex and reproduction, yet neither counselling nor sexuality education reaches them. Access to condoms and contraception is also limited. It is a matter of concern that sexually active young people are not eligible for contraceptive services offered by the Family Welfare Programme; the focus on delivery of contraceptive supplies to "eligible couples" makes unmarried young people ineligible to avail of such methods from health workers. The only contraceptive outlets available to them outside the private sector, therefore, are social marketing outlets.

For the first time,
the Tenth Five-
year Plan
recognises
adolescents as a
priority and the
Planning
Commission has
established a
working group to
formulate a policy
that addresses
issues relating to
them



Promising practices

Many innovative strategies for young people have been implemented by organisations across the country. However, these experiences remain in the realm of promising practices as their feasibility and acceptability have rarely been tested. A few promising practices have however been documented, for example, interventions providing life and livelihood skills. In Delhi, Madhya Pradesh and Gujarat, the provision of life skills education, non-formal education, vocational skills and family life education to adolescent girls led to greater autonomy, self-confidence and more positive reproductive health behaviours (Levitt-Dayal et al. 2003). Similarly, providing livelihood training to adolescent girls in urban slums in Allahabad led to significant increases in reproductive health knowledge, self-esteem and social skills necessary to effectively convey their opinions, initiate group activities and solve their daily problems (Mensch et al. 2004).

Efforts have also been made to establish "youth-friendly" services. In Goa, Sangath provides services based on the recognition that fulfilling education needs, access to appropriate services and parental communication are key to healthy adolescence. Additionally, services are provided to adolescents in a safe and private setting (Godinho et al. 2002).

A number of additional promising practices undoubtedly exist, and several were discussed at the State- and National-level Consultations. Unfortunately, rigorous evaluations of these programmes are rarely conducted, thus limiting the possibility for scaling up and replication.



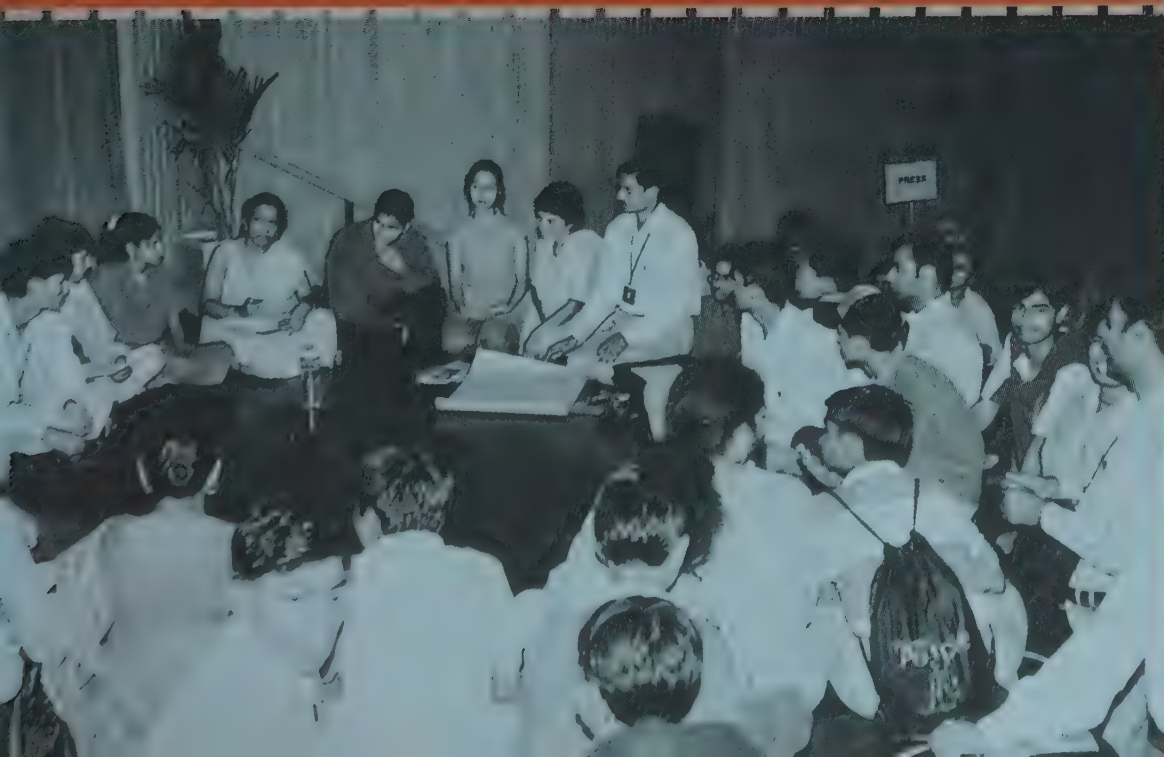




NATIONAL CONSULTATION
YOUNG PEOPLE: TOWARDS A HEALTHY FUTURE
 21st-23rd MAY 2004
 INDIA HABITAT CENTRE
 NEW DELHI

Recommendations

The need is for programs and policies that address real life youth issue in all their aspects. Youth issues are intricately interlinked and need to be looked at, not in isolation, but in their social context. They need to be addressed in a holistic manner through participation of all stakeholders, especially the youth themselves.



09016



Recommendations

Through the process of Consultations at the State and National level, a number of recommendations emerged on various issues that would directly impact the quality of life of young people, and ensure their participation in the national and social development of the country. Interestingly, and as noted by Government officials, researchers, NGO representatives and youth themselves, there is a remarkable convergence of recommendations between the diverse groups. As Ms Vandana Jena, Joint Secretary, Ministry of Youth Affairs and Sports, observed: "There is no gross mismatch between what youth want and what the Government of this country thinks. However, it is important to hear youth voices..."


The main recommendations that emerged from the Consultations are highlighted below.

Educate youth

Access to education in general, and equal access to education and special efforts to keep girls in school in particular, were frequently articulated recommendations. Recognising the inadequacies of the current educational system, the Consultation argued that schools should be equipped with basic infrastructure, and the education imparted should be meaningful and practical, with an emphasis on development of vocational skills and employment options. The need to inculcate sexuality education, nutritional awareness and issues such as sexual violence and substance abuse from an early age within the educational system was strongly endorsed. At the same time, the group recognised that large numbers of youth, especially young women, have been denied education and called for special programmes that impart literacy, numeracy and skills to out-of-school youth.

In view of the paucity of reading materials at the local level, suggestions were made to introduce mobile libraries at the village level and train young people to manage these libraries.

The Consultation also observed that young people should be used as a resource to raise awareness of issues related to the quality of education as well as to increase awareness among parents, family and community elders about their responsibility to ensure the education of their children.



There is no gross mismatch between what youth want and what the Government of this country thinks.

However, it is important to hear youth voices...



Build life and livelihood skills and opportunities

It was generally accepted that youth should be provided the means of empowerment to express themselves by ensuring access to life skills and livelihood opportunities. Building life skills contributes to developing the personality and confidence of youth and enhances their ability to negotiate and communicate on issues concerning their needs and preferences. Access to programmes that develop vocational and livelihood skills has to be ensured.

Youth should be quipped to take advantage of economic and employment opportunities through appropriate training, and the development of small scale and cottage industries should be encouraged. Young people should be trained to take up agriculture-related employment opportunities and infrastructure support should be provided by developing marketing facilities for the products manufactured. Natural resources should be protected and employment opportunities related to such conservation should be promoted.

Information relating to employment opportunities should be made available to young people at the village level. Interest rates on loans for self-employment should be lowered and incentives offered to encourage young people to focus on self-employment.

The lack of recreational opportunities was frequently noted, and was perceived as a significant obstacle to the development of life skills and safe behaviours.

Address gender imbalances and involve males

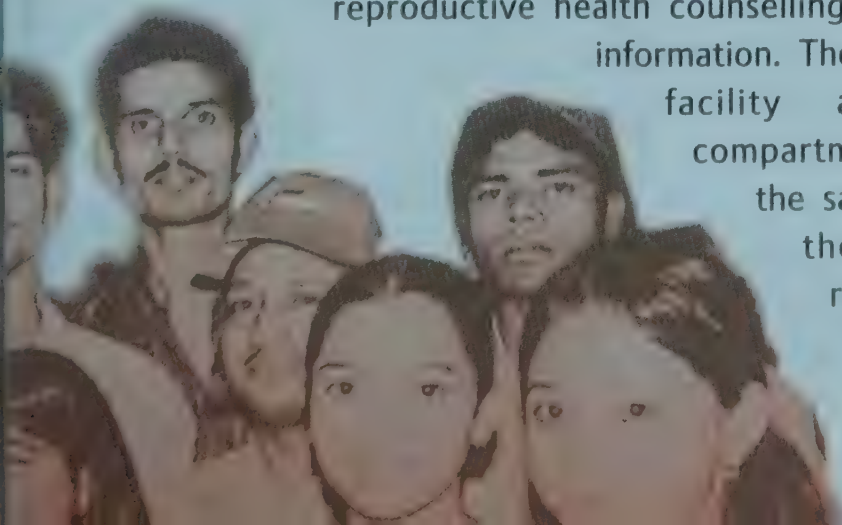
A major concern articulated in the Consultations was the gender disparity in socialisation patterns, education, attitudes and norms. The group recommended efforts at the level of young men, women, families, schools and service providers to highlight the need to address gender double standards and provide equal opportunities to young males and females. It is clear that programmes for young females must expand their awareness, negotiation skills and life choices. At the same time, young males need to be especially sensitised to become caring partners, and programmes should involve young men in adopting responsible behaviours and reversing traditional notions of masculinity.

Provide youth-friendly services

There was agreement that services for youth should be responsive to the special needs articulated by youth in defining youth friendliness, notably privacy, confidentiality, non-threatening provider interaction, as well as welcoming facilities in which all health concerns can be addressed simultaneously.

Recommendations highlighted the need to provide, as far as possible, a one-stop facility that addresses all the health needs of young people, including sexual and reproductive health counselling, supply of contraceptives and information. The obvious advantages of such a facility are that they do not compartmentalise health needs and, at the same time, would not stigmatise those in need of sexual and reproductive services, counselling or information. The Consultation underscored the

Youth should be provided the means of empowerment to express themselves by ensuring access to life skills and livelihood opportunities



need to make contraceptive services and condoms available to all, irrespective of their marital status.

The need for counselling facilities was also stressed. Counselling services are needed at the local level to address various issues including career guidance, sexual and mental health, substance abuse and violence. Youth guidance centres could also provide counselling and help-line facilities.

It was suggested that youth-friendly support services are provided in schools, institutions and recreation clubs, which can be easily accessed by the young.

Provide training to teachers and health care providers

Training and orientation of teachers was highlighted as a critical need. Teachers should be enabled to shed their inhibitions and provide the required information to young people. Counselling facilities, imparted either by teachers or specially trained visiting counsellors, was highlighted as a special need of school-going youth.

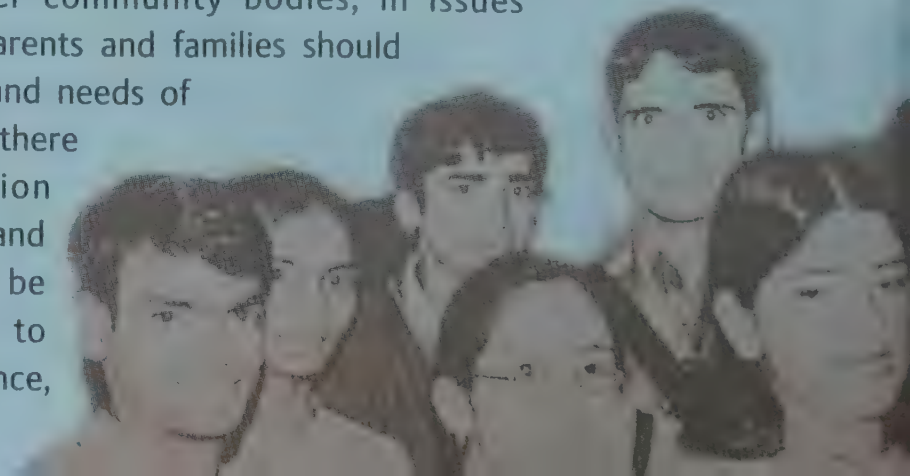
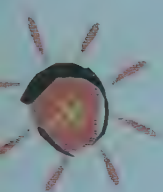
Similarly, the need for training and orientation for health care providers was articulated. Providers must be oriented to the special needs of young people and the ways in which service delivery for young people may need to be different from that provided to adults. In particular, providers of sexual and reproductive health services must be trained to respect the confidentiality and privacy of young care seekers, to be non-judgmental in their attitude and to provide non-threatening care. It is critical that the needs of young people are included as part of the medical curriculum for all levels of health care providers.

Involve parents and trusted adults

In the course of the Consultations, the need for close parent-child interaction and communication was noted and its absence repeatedly articulated as an obstacle to young people's sexual and reproductive health in particular. Parents are inhibited from communicating with adolescents for several reasons: because they themselves are not fully informed about sexual and reproductive matters, because there is a widespread misconception that communicating about sexual matters encourages sexual experimentation and risk taking, and because parents are simply uncomfortable communicating about intimate matters with their children. Programmes are needed that address all three concerns, that engage parents and children and foster increased communication between them on a wide range of subjects, including personal matters.

At the same time, it is important that programmes attempt to apprise communities more generally about young people's health, and notably sexual and reproductive health needs, about the need to redress gender imbalances and about providing an enabling environment for the healthy development of youth. Programmes must therefore involve the entire community, including parents, teachers, religious and political leaders, and other community bodies, in issues related to young people. Parents and families should be sensitised to the rights and needs of adolescents, to ensure that there is no gender discrimination and to socialise daughters and sons equally. Elders should be educated on issues related to early marriage, sexual violence,

The absence of close parent-child interaction and communication repeatedly articulated as an obstacle to young people's sexual and reproductive health in particular



dowry and substance abuse. These groups should be given information on sexual and reproductive health to equip them to provide young people with correct and appropriate knowledge. Informal discussions at the village level were considered a promising mechanism for generating the active involvement of the community at large.

Use of media

Participants argued that the potential of the media to highlight issues concerning the development of young people had not been sufficiently or positively exploited. The group noted that the media infrastructure in the country goes far beyond newspapers, television and film; and while these are powerful means of broadcasting special messages and education to young people, it is necessary to use other means of communication—for instance, folk theatre (including puppet shows and street plays), the letter box approach, tele-counselling, community radio and peer educators—in a creative and innovative manner. Innovative and effective IEC materials (books, charts, flip charts, aprons, etc.) could be prepared in the local language and field-tested to give timely, scientific and correct information to youth.

Participants also urged the media to recognise its social responsibility and play a positive role in influencing the lives of young people. The need to provide accurate and appropriate information was highlighted, as was the need to refrain from sensationalising issues related to youth. Youth bodies could be created to monitor media content and to ensure a fair reflection of youth issues. These youth bodies could also serve as a pressure group on the media to produce quality programmes as a medium to bring about change in their situation. Regular correspondence with the media and the inclusion of youth perspectives and articles and stories prepared by youth in the media are some ways to develop a network and exploit the media.

Respect young people's rights

Despite the existence of laws intended to protect the rights of youth, violations such as early marriage, sexual violence, dowry and abuse continue. The Consultations noted the poor implementation of existing legislation and argued for raising awareness and enforcement of existing laws, particularly those relating to age at marriage, sexual violence, dowry and abuse at the community and family level. Concerns were repeatedly expressed about such violations as gender discrimination, sex determination and female foeticide, child marriage, and dowry and the need to apply laws more stringently. Also expressed were concerns about violations of child labour laws.

At the same time, participants at the Consultations stressed the need to make young people aware of their rights and existing laws that protect their rights. Participants argued that youth must be familiarised with their right to equality (gender), to move freely, to make their own decision on the timing of marriage and selection of partner, to seek services, and more generally, to make life choices. Participants agreed that rights imply responsibilities and argued that programmes that focus on rights must also stress corresponding responsibilities.

The Consultations stressed the need to make young people aware of their rights and existing laws that protect their rights



Ways of enhancing young people's exercise of rights were also discussed. It was recognised that young people should be given adequate support to express and demand their rights at the community level and empowered to actively participate in policy development and programme planning and design. Organisations working for young people must play an active role in empowering young people to exercise their rights and enabling those whose rights are violated to seek appropriate redress.

The special needs of young females were also noted. It was suggested that women should not be discriminated against in Government schemes for youth and that reservation for women in politics be ensured. Recommendations were made for the development of pressure groups of women, including cooperatives and savings groups, to work for women's interests.

**Social
sensitisation
efforts should be
made to remove
the stigma
attached to sub-
populations of
young people with
special needs,
living in difficult
situations**

Address the special needs of neglected sub-populations

The needs of sub-populations of young people with special needs, including the physically challenged, street children and working children, were also emphasised. It was suggested that social sensitisation efforts should be made to remove the stigma attached to these young people who are living in difficult situations. For the disabled, public access should be ensured and information centres established at the local level to provide information on their rehabilitation, including the provision of employment and access to loans for the establishment of small businesses. Working and street children's needs were also highlighted, and suggestions made to restrict wage labour for all children up to the age of 16 years, and to provide food, shelter, education and vocational training for working and street children. The need to improve the quality of care of youth in juvenile homes was also noted.

Build a strong evidence base on best practices

A number of promising practices that address young people's needs and rights are available and many were described in the Consultations. Unfortunately, these promising practices have far too rarely been adequately documented or rigorously assessed. In the absence of rigorous evaluation, questions remain about the replicability and scaling up of such practices. A significant conclusion of the Consultation therefore was the need to build the evidence base on these practices and use this evidence base to inform expansion of programmes and policies for youth.

Increase budgetary allocation for young people's health, education and development and livelihood opportunities

Resources for education and health, and opportunities for livelihood skills building remain extremely limited. Participants highlighted the need for enhanced resource allocation devoted to youth development activities, particularly in the areas of education and health, building life skills and providing livelihood opportunities.





YOUNG PEOPLE: TOWARDS A HEALTHY FUTURE
PRESS CONFERENCE
 20th MAY 2004
 INDIA HABITAT CENTRE
 NEW DELHI



The next steps


This Alliance is committed to ensuring that youth voices are heard in policies and programmes, that strategies are evidence-based and that a holistic orientation to youth is advanced. On going consultations and networking will consolidate the efforts of the alliance while, a parallel top-to-bottom approach will allow filtration and incorporation of youth voices in programs and activities at grassroots level.



The next steps

The process of alliance building has already made significant advances on several fronts. It has helped to facilitate a dialogue with policy makers. It has sought to bridge the gap between needs and programme implementation. And it has facilitated the formulation of an action plan with stakeholders for the implementation of effective programmes and policies that are flexible and responsive to young people's disparate and special needs.

The National Consultation unanimously endorsed the need for a youth alliance that can influence policies and programmes to ensure that the diverse needs of young people are met. It was agreed that the Alliance should have a holistic focus addressing a wide range of issues relating to education, health, employment, child rights, gender discrimination, media and culture. The Consultation reiterated that recommended practices should be evidence-based.

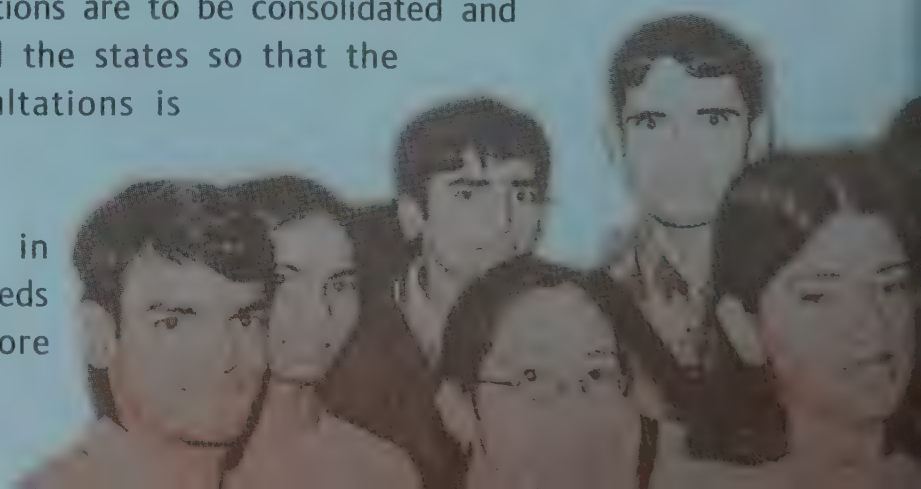
The Alliance should have a holistic focus addressing a wide range of issues relating to education, health, employment, child rights, gender discrimination, media and culture

Several challenges remain in taking the process forward. Ensuring sustainability of and necessary resources for the development of a strong alliance is a significant concern. At the same time, the achievement of the Alliance's ambitious goals requires significant time commitments and input of youth, and young people cautioned that conflicting demands on their time, in terms of education and livelihood priorities, may influence the extent of this commitment.

However, despite these concerns there was agreement that it is through on-going consultations and networking that the Alliance could be used as a powerful pressure group to ensure that youth needs are met. Also agreed upon was the need to consolidate this network, to continue and strengthen activities at the grassroots level in villages and panchayats, and link these to State- and then National-level deliberations. It was agreed that the process of State-level Consultations would continue and be extended and widened to include all the states in the country.

The Consultation noted the need to widen the network of organisations involved in Alliance activities, and called for the participation of more youth groups. It also called for strengthening the involvement of Government and other agencies (including international organisations, NGOs, CBOs, self-help groups, research institutions and the media) in the Alliance. Findings and recommendations of the different levels of Consultations are to be consolidated and disseminated widely in all the states so that the momentum of the Consultations is sustained.

The role of the Alliance in bringing the voices and needs of young people to the fore



was widely and repeatedly endorsed. A wide range of individuals highlighted that the Alliance marked the beginning of the inclusion of the voices of youth in designing programmes and policy. Shri J.V.R. Prasada Rao, Secretary, Ministry of Health, Government of India said at the inaugural session, "There is an overwhelming representation of youth about whom we talk but don't hear." Ms Sadhana Raut, Joint Director, IEC, NACO also stressed the critical need for youth participation as "youth are a part of the solutions".

The power of an alliance of youth and those engaged in promoting their needs was widely endorsed and eloquently expressed by Raju Gupta, a young participant at the National-level Consultation in his opening remarks: "Youth has lots of power... the world is ours and we can change it."

This Alliance is committed to ensuring that the voices and concerns of youth are heard in policies and programmes, that strategies are evidence-based and that a holistic orientation to youth is advanced.





References

Abraham, L. 2001. "Redrawing the lakshman rekha: Gender differences and cultural constructions in youth sexuality in urban India," *South Asia* 24: 133-156.

Abraham, L. and K. A. Kumar. 1999. "Sexual experiences and their correlates among college students in Mumbai City, India," *International Family Planning Perspectives* 25(3): 139-146, 152.

Barua, A. and K. Kurtz. 2001. "Reproductive health-seeking by married adolescent girls in Maharashtra, India," *Reproductive Health Matters* 9(17): 53-62.

Brown, A., S.J. Jejeebhoy, I. Shah I et al. 2001. "Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies," *Occasional Papers of the Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization*, No 4 (WHO/RHR/01.8).

Damayanthi, K. 2003. Presentation on Sharing of AP Experience on AIDS Prevention Education Programme (APEP). Hyderabad: APSACS.

Ganatra, B.R. 2000. "Induced abortions: Abortion research in India," in *Women's Reproductive Health in India*, ed. R. Ramasubban and S.J. Jejeebhoy. Jaipur: Rawat Publications, pp.186-237.

Ganatra, B. and S. Hirve. 2002. "Induced abortions among adolescent women in rural Maharashtra," *Reproductive Health Matters* 10(19): 76-85.

Godinho, D., F. Dias-Saxena, G. Divan et al. 2002. *Sangath Biennial Report, 200-2002*. Porvorim, Goa: Sangath Society for Child Development and Family Guidance.

Gupta, Y.B. 2004. *Review of Policies-Programmes and Actions*. New Delhi

International Institute for Population Sciences (IIPS). 1995. *National Family Health Survey (MCH and Family Planning), India, 1992-93*. Mumbai: IIPS.

IIPS and ORC Macro. 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2) 1998-99: India*. Mumbai: International Institute for Population Sciences.

International Labour Organisation (ILO). 1998. *Yearbook of Labour Statistics, 1998*. Geneva: ILO.

Jejeebhoy, S. 1996. *Adolescent Sexual and Reproductive Behaviour: A Review of the Evidence from India*. Washington, D.C.: International Centre for Research on Women.



Jejeebhoy, S.J. and M.P. Sebastian. 2003. Actions that protect: Promoting sexual and reproductive health and choice among young people in India. Population Council South and East Asia Regional Working Paper No. 18, New Delhi.

Joseph, A., J. Prasad and S. Abraham. 2003. "Gynaecological problems among young married women in Tamil Nadu, India" in Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia, ed. S. Bott et al. Geneva: World Health Organisation, pp. 138-141.

Kaur, U., S.P. Sahni, P. Bembery et al. 1996. "Sexual behaviour, drug use and Hepatitis B infection in Chandigarh students," National Medical Journal of India 9(4): 156-159.

Kulkarni, S. 2003. "The reproductive health status of married adolescents as assessed by NFHS-2, India," in Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia, ed. S. Bott et al. Geneva: World Health Organisation, pp. 55-58.

Levitt-Dayal, M., R. Motihar, S. Kanani et al. 2003. "Adolescent girls in India choose a better future: An impact assessment of an educational programme," in Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia, ed. S. Bott et al. Geneva: World Health Organisation, pp. 187-189.

Mehra, S., R. Savithri and L. Coutinho. 2002a. "Gender double standards and power imbalances: Adolescent partnerships in Delhi, India." Paper presented at the Asia-Pacific Social Science and Medicine Conference, Kunming, China, October.

Mehra, S., R. Savithri and L. Coutinho. 2002b. "Sexual behaviour among unmarried adolescents in Delhi, India: Opportunities despite parental controls." Paper presented at the IUSSP Regional Population Conference, Bangkok, June.

Mensch, B., M. Grant, M. Sebastian et al. 2004. "The effect of a livelihoods intervention on an urban slum in India: Does vocational counselling and training alter attitudes and behaviour of adolescent girls?" Paper presented at the 31st Annual Global Health Council Conference, 1-4 June, Washington, D.C.

National AIDS Control Organisation (NACO) and UNICEF. 2002. Knowledge, Attitudes and Practices of Young Adults (15-24 years). New Delhi: NACO and UNICEF.

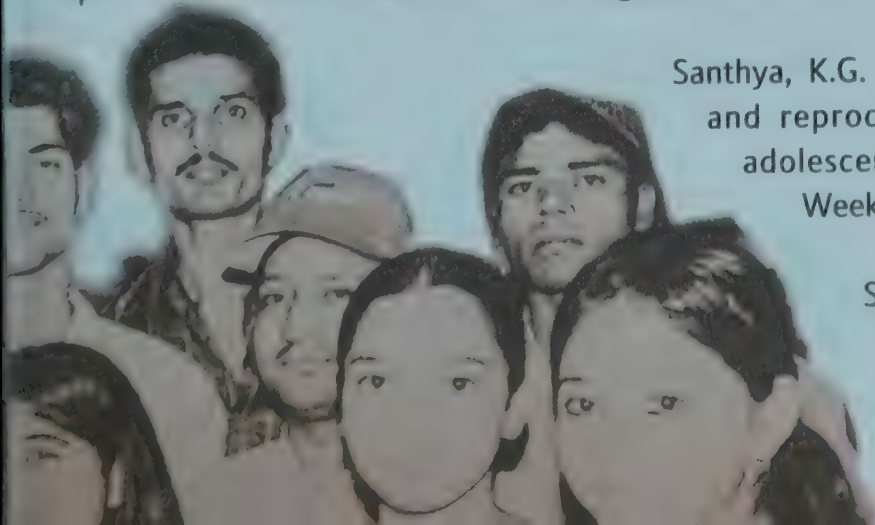
Pachauri, S. and K.G. Santhya. 2003. "Contraceptive behaviours of adolescents in Asia: Issues and challenges," in Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia, ed. S. Bott et al. Geneva: World Health Organisation, pp. 108-113.

Patel, V. and G. Andrew. 2001. "Gender, sexual abuse and risk behaviours in adolescents: A cross-sectional survey in schools in Goa," National Medical Journal of India 14(5): 263-267.

Registrar General, India (RGI). 2001. Census of India, Provisional Population Totals, Series I, Paper I. 2001. New Delhi: Office of Registrar General.

Santhya, K.G. and S.J. Jejeebhoy. 2003. "Sexual and reproductive health needs of married adolescent girls," Economic and Political Weekly 37(41): 4370-4380.

Sebastian, M.P., D. Huntington, B. Mensch et al. 2003. "FRONTIERS final report: Integrating



adolescent livelihood activities within a reproductive health program for urban slum dwellers in India," unpublished.

Sodhi, G. and M. Verma. 2003. "Sexual coercion among unmarried adolescents of an urban slum in India," in *Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia*, ed. S. Bott et al. Geneva: World Health Organisation, pp. 91-94.

Subba Rao. 2003. "School AIDS Education Programme," AP Education Department presentation.

UNICEF, UNAIDS, WHO. 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis*. Geneva: United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organisation.

Watsa, M.C. 1993. "Premarital sexual behaviour of urban educated youth in India," paper presented at the Workshop on Sexual Aspects of AIDS/STD Prevention in India, Mumbai, 23-27 November.

World Health Organisation (WHO) and Centres for Diseases Control and Prevention (CDC). 2003. *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Accessed in 2003 at www.cdc.gov/tobacco/global/gyts.htm



Annexures

National Consultation

Young People: Towards a healthy future

21st to 23rd May 2004

India Habitat Center

Consultation Coordinator: CASP & Bal Panchayat

Day 1: 21st May, 2004

Inaugural Ceremony

Venue:	Stein Auditorium, IHC
Chairperson:	Dr S D Gokhale, President, CASP
Chief Guest:	Mr. J V R Prasad Rao, Secretary Health, Government of India
Organizer:	CASP & PFI

09.00 am – 09.45 am	Registration
10.00 am – 10.05 am	Welcome Song by Sambhavana Natya Manch
10.05 am – 10.10 am	Welcome Address by Dr. S D Gokhale, President, CASP
10.10 am – 10.15 am	Sharing of the Process of the Alliance, Mr. Raju, Bal Panchayat
10.15 am – 10.20 am	Key issues from SLCs – Ms. Savita, Bal Panchayat
10.20 am – 10.23 am	Introduction to NLC by Ms. Indu Capoor, Director, CHETNA
10.23 am – 10.26 am	Greetings from Mr. A R Nanda, Executive Director, PFI
10.26 am – 10.29 am	Greetings from Mr. Bruno Oudmayer, Country Director, Plan India
10.29 am – 10.32 am	Greetings from Dr. Nils Daulaire, President, GHC
10.32 am – 10.47 am	Speech by Mr. J V R Prasada Rao, Secretary, Ministry of Health, Government of India
10.47 am – 10.50 am	Vote of Thanks, Ms. Nirmala, Bal Panchayat
10.50 am – 10.55 am	National Anthem
10.55 am – 11.00 am	Ritual with Beads

Tea Break 11.00 a.m - 11.30 am

Day 1: May 21, 2004

11.30 am– 11.50 am	Keynote Address by Dr. Nils Daulaire, President, Global Health Council Chairperson: Dr. Bulbul Sood, Country Director, CEDPA
--------------------	---

Theme for Day 1: Health Risks for Youth

Venue:	Stein Auditorium, IHC
Time:	11.30 – 01.00 PM
Chairperson:	Dr. Saroj Pachori, Regional Director, Population Council

Organizer:

MAMTA & CINI

11.50 am – 12.00 pm

12.00 pm – 12.10 pm

12.10 pm – 12.20 pm

12.20 pm – 12.30 pm

12.30 pm – 01.00 pm

01.00 pm - 2.00 pm

Plenary speaker 1: Dr. Sunil Mehra, Director, MAMTA: "Youth and Health Services"

Plenary speaker 2: Dr. Neena Raina, Regional Advisor Child and Adolescent Health Division, WHO: "Emerging health Needs of young People in India"

Youth participant 1: Ms. Pooja Kumari, Jharkhand: "My reflections"

Youth participant 2: Mr. Pradeep Kumar, Delhi: "Youth & their Immediate Environment"

Open Forum

Lunch

Concurrent sessions 1

C1:

Venue:

Chair:

Communicating with Youth: Innovative Methodologies

Silver Oak I, IHC

Dr. Archana Kumar, Professor, Lady Irwin College

02.00 pm – 02.15 pm

02.15 pm – 02.30 pm

02.30 pm – 02.45 pm

02.45 pm – 03.00 pm

03.00 pm – 03.15 pm

03.15 pm – 03.30 pm

03.30 pm – 03.45 pm

03.45 pm – 04.30 pm

4.30 pm – 05:00 pm

Mr. Paramjeet Sinha: "Communicating social messages through theatre", Delhi

Ms. Shabhra: "Magic shows: a new media for communicating health messages", Delhi

Ms. Nilanjana Mitra: "Teenline: Addressing young people's issues through tele counselling", West Bengal

Mr. Amit Gupta: "Innovative Approaches for Improving IEC for Rural Adolescents", Haryana

CFAR: "Adolescent, Sexuality and Media", Delhi

Ms. Nandita Roy: "New Paradigms of Development Communication"

Ms. Divya Arora: "Sexuality and Disability"

Open Forum

Tea

Concurrent sessions 2

E1:

Venue:

Chairperson:

Education, Life skills and Livelihood: Building Awareness Among Youth

Gulmohar, IHC

Dr. Anjana Singh, Project Management Specialist, PHN, USAID

02.00 pm – 02.15 pm

02.15 pm – 02.30 pm

02.30 pm – 02.45 pm

02.45 pm – 03.00 pm

03.00 pm – 04.30 pm

4.30 pm – 05:00 pm

Ms. Bhanu Makwana: "Becoming Functionally Literate through learning about reproductive health" Gujarat

Ms. Neha Madhiwalla: "A Sustainable Educational Initiative for Adolescent Girl Dropouts" Maharashtra

Ms. Suman Lata: "Kishori Sashaktikaran", Rajasthan

Dr. Raj Bhandari: "AIDS warrant adolescent reproductive health education" Rajasthan

Open Forum

Tea

H1:

Venue:

Chairperson:

Health Risks for Youth: Risk Behaviour among Youth

Basement Theatre, IHC

Dr. Nandini Kapoor, National Programme Officer, UNAIDS

02.00 pm – 02.15 pm

02.15 pm – 02.30 pm

AP R. Suneel: "An experience in building life skills among the adolescent girls working in the tobacco processing units in Prakasam District", Andhra Pradesh

Dr. Mohamed Ubaidullah: "Prevention of risky sexual behaviour of students", Andhra Pradesh

02.30 pm – 02.45 pm	Mr. U N Shahi/Mr. Amit Kumar: "Reducing sexual / reproductive health hazard in young people in Nardiganj block of Nawada in Bihar", Bihar
02.45 pm – 03.00 pm	Ms. Renu Sharma: "Sexual Violence Against Children: Intervention Strategies", Delhi
03.00 pm – 03.15 pm	Ms. Anjali Radkar : "Unmarried youth on urban fringe and unwanted pregnancies", Maharashtra
03.15 pm – 04.30 pm	Open Forum
4.30 pm – 05:00 pm	Tea

Concurrent sessions 4

P1:	Policies, Programs and Participation: Youth Leadership
Venue:	Silver Oak II
Chairperson:	Ms. Seema Pahariya, Health Coordinator, Jaipur Zone, Plan India
02.00 pm – 02.15 pm	Ms. Sapna: "Jogini Children – situating 'self' under new enlightenment", Andhra Pradesh
02.15 pm – 02.30 pm	Mr. Farhad Ali: "Involvement of young people is crucial to HIV prevention", Delhi
02.30 pm – 02.45 pm	Ms. Nirja Mattoo: "The involvement of young management students and the positive impact made by them in the development and corporate sectors", Maharashtra
02.45 pm – 03.00 pm	Ms. P. Sireesha: "Networking for young people's reproductive and sexual health and rights", Rajasthan
03.00 pm – 03.15 pm	Mr. Mohd. Atar Masoodi: "Leadership skills", Delhi
03.15 pm – 03.30 pm	Mr. Francis Gali: "Adolescent resource centers in school", Andhra Pradesh
03.30 pm – 03.45 pm	Jaya Kritika: "Youth Social Audit"
03.45pm - 04.30 pm	Open Forum
4.30 pm – 05:00 pm	Tea

Concurrent Session - 5

Sharing of SLCs:	Towards a National Alliance
05.00 pm – 06.00 pm	Eastern States
States:	Bihar, Jharkhand, W.Bengal, Orissa, North East
Venue:	Gulmohar, IHC
Facilitator:	Dr. K. Pappu, Additional Director, CINI
Chair:	Government representative
Co-chair:	Lester Coutinho, Country Program Advisor, Packard Foundation

Western States

States:	Maharashtra, Goa, Rajasthan, Gujarat, Madhya Pradesh, Chattisgarh
Venue:	Basement Theatre, IHC
Facilitator:	Ms. Indu Capoor, CHETNA
Chair:	Government representative/ Dr. Satyajeet Nanda
Co-Chair:	Poonam Muttreja, Country Coordinator, MacArthur Foundation

Northern States

States:	Uttar Pradesh, Delhi, Uttaranchal, Jammu & Kashmir, Himachal Pradesh, Punjab, Haryana
Venue:	Silver Oak I, IHC
Facilitator:	Ms Seema Malhotra, Secretary, KIDAWARI Network and CASP Delhi
Chair:	Government representative
Co-Chair:	Dr Meera Shiva, Director Women's health & Development, VHAI

Southern States

States:	Andhra Pradesh, Karnataka, Tamil Nadu, Kerala, Pondicherry
Venue:	Silver Oak II, IHC
Facilitator:	Mr. Livingstone (Plan South Zone)



Chair: Government representative

Cultural Program 06.00 pm – 08.00 pm -

Venue: PATIO, IHC

DAY 2, May 22, 2004 – Morning Session

Plenary: Communicating with Youth

Time: 09.00 am – 10.00 am

Venue: Stein Auditorium, IHC

Chairperson: Mr. Kiran Karnik, President, NASSCOM, Chairman, NFI

Organizer: NFI

09.00 am – 09.15 am

Plenary speaker: Ms. Sevanti Ninan, Freelance Journalist

09.15 am – 09.25 am

Youth participant1: Ms. Ashira Rahman

09.25 am – 09.35 am

Youth Participant2: Ms. Monica Mall

09.35 am – 10.00 am

Open Forum

10.00 am – 10.30 am

Tea

Concurrent sessions 1

C2: Communicating with Youth: Communicating Sexual and Reproductive Health Information to Youth

Venue: Jacaranda, IHC

Chairperson: Dr. Jayshree Jetwani, Indian Institute of Mass Communication

10.30 am – 10.45 am

Ms. Ila Vakharia: "Adolescent to adolescent approach for promoting reproductive health", Gujarat

10.45 am – 11.00 am

Ms. Venu Arora: "Growing up: A film based RSH module series for young people", Haryana

11.00 am – 11.15 am

Jamghat: "Communicating with street children", Delhi

11.30 am – 11.45 am

Mr. Kailash Brijwasi: "Communicating with young people", Rajasthan

11.45 am – 12.00 noon

Mr. Rakesh Narayan: "Improved Access to services through Youth Empowerment", Jharkhand

12.00 noon – 12.15 pm

Ms. Bindu Rathore: "Enhancing body literacy through a creative and educational tool", Gujarat

12.15 am – 01.00 pm

Open Forum

01.00 pm – 02.00 pm

Lunch

Concurrent sessions 2

E2: Education, Life skills and Livelihood: Building Livelihood Skills

Venue: Gulmohar, IHC

Chairperson: Mr. Lester Coutinho, Country Programme Advisor, Packard Foundation

10.30 am – 10.45 am

Mr. Saurabh Sahu: "Sustainable livelihoods through dry fish marketing for the youth of Andhra Pradesh", Andhra Pradesh

10.45 am – 11.00 am

Ms. Mary Sebastian: "Building livelihood skills, enhancing reproductive health knowledge among adolescent girls in the slums of Allahabad", Uttar Pradesh

11.00 am – 11.15 am

Ms. Reena Banerjee: "Empowering Muslim women in Delhi"

11.15 am – 11.30 am

Ms. Bijal Bangdiwala and Ms. Shveta Kalyanwala: "Building livelihood skills for adolescent girls in rural Gujarat: the SEWA experience" Gujarat

11.30 am – 11.45 a.m.

Mr. Dhanna Singh Rawat: "Best Practices for Skill Development amongst Adolescents", Rajasthan



11.45 a.m – 01.00 pm
01.00 pm – 02.00 pm

Open Forum
Lunch

Concurrent session:

H2: Health Risks for Youth: Youth & Health Systems
Venue: Basement Theatre, IHC
Chairperson: Ms. Poonam Muttreja, Country Director, MacArthur Foundation

10.30 am – 10.45 am Ms. Neelam Singh: "Adolescent Anaemia - From Policy to Practice", Uttar Pradesh

10.45 am – 11.00 am Ms. Neerja Mattoo: "Impact of Violence on Youth and Women", Jammu and Kashmir

11.00 am – 11.15 am Ms. Saroj Rawat: "Young people address sex & sexuality: An innovative model", Delhi

11.30 am – 11.45 am Dr. P.K. Goswami: "Health Services for Young People - Impediments", Delhi

11.45 am – 12.00 noon Ms. Renu Addlakha: "Disabled youth negotiating sexuality in Delhi", Delhi

12.00 noon – 01.00 pm Open Forum
01.00 pm – 02.00 pm Lunch

Concurrent sessions 4

P2: Policies, Programs and Participation: Programming for Health

Venue: Magnolia, IHC

Chairperson: Dr. Prakasamma, Director, Academy for Nursing Studies and Women's empowerment research studies

10.30 am – 10.45 am Mr. Anant Bhan: "Mainstreaming Gender in Medical Education: An Initiative", Kerala

10.45 am – 11.00 am Mr. Vinay Kumar Das: "Mother & Child Health Project", Bihar

11.00 am – 11.15 am Ms. Shruti Pandey: "Reproductive rights of adolescents", Delhi

11.15 am – 11.30am Ms. Rita Vohra: "Government spending on youth" Delhi ICRW:

11.30am – 11.45 a.m. Mr. Abhijit Nandi: "Increasing youth participation through peer approach – issues and challenges", Delhi

11.45a.m. – 12.00 p.m. Sunayana Walia: "Reaching Youth: Emerging Recommendations for Policy and Program"

12.00 p.m. – 01.00 pm Open Forum
01.00 pm – 02.00 pm Lunch

Theme for Day 2 : Afternoon Session

Plenary: Education, Life Skills and Livelihood
Time: 02.00 pm – 03.00 pm
Venue: Stein Auditorium, IHC
Chairperson: Mr. K M Seshagiri, Learning Advisor, Plan India
Organizer: CEDPA



02.00 pm – 02.10 pm

02.10 pm – 02.20 pm

02.20 pm – 02.30 pm

02.30 pm – 03.00 pm

02.00 pm – 03.00 pm

Venue:

Plenary speaker 1: Ms. Nalini Gangadharan, Executive Director, Dr. Reddy's Foundation – "Livelihood Advancement Business School".

Plenary speaker 2: Dr. Arundhati Mishra, Youth Coordinator, CEDPA: "Options and Opportunities: Enabling adolescents in India"

Youth participant – Ms. Jyoti, Delhi: "Mere Anubhav: Behtar Jeevan ke Vikalp aur Avsar:

Open Forum

Youth Dialog on Moving Forward: State Presentation of Action Plan

Stein Auditorium, IHC

Concurrent sessions 1

E3:

Venue:

Chairperson:

Education, Life skills and Livelihood: Building Life skills for Youth

Gulmohar, IHC

Ms. Anjali Agarwal, Honorary Director, Youth Programs, BGMS

03.00 pm – 03.15 pm

03.15 am – 03.30 pm

03.30 pm – 03.45 pm

03.45 pm – 04.00 pm

04.00 pm – 04.15 pm

04.15 pm – 05.30 pm

05.30 pm – 06.00 pm

Ms. Gudia: "Life skill education for better living", Bihar

Ms. Minaxi Shukla : "Learning for life", Gujarat

Ms. Bhairavi Buch: "Experience in SGI Project", Gujarat

Ms. Bimla: "Empowering Adolescent girls for Better Life Option", Delhi

Ms. Madhavi: "My Experiences", Andhra Pradesh

Open Forum

Tea

Concurrent sessions 2

E4:

Venue:

Chairperson:

Education, Life Skills and Livelihood: Sexuality Education:

Jacaranda, IHC

Dr. Shankar Chaudhary, National Officer, HIV/AIDS, UNESCO

03.00 pm – 03.15 pm

03.15 am – 03.30 pm

03.30 pm – 03.45 pm

03.45 pm – 04.00 pm

4.00 pm – 5.30 pm

05.30 pm – 06.00 pm

Dr. Rajaratnam Abel: "Curriculum in Sexuality Education to School Children", Tamil Nadu

Dr. Nasreen Sultana: " Prevention of Sexually transmitted infection among Adolescents Sex workers" , Andhra Pradesh

Mr. Prashant Mukharjee: "Jeevan Kaushal Shiksha" Rajasthan

Ms. Seema Pahariya: " Addressing sex & sexuality through ICT", Jaipur

Open Forum

Tea

Concurrent sessions 3

H3:

Venue:

Chairperson:

Health risks for youth: Situations and need for married adolescents

Basement Theatre

Dr. K. Pappu, Additional Director, CINI

03.00 pm – 03.15 pm

03.15 am – 03.30 pm

03.30 pm – 03.45 pm

03.45 pm – 04.00 pm

04.00 pm – 04.15 pm

Ms. Bhairavi Buch, Mr. Manoj Kumar, Ms. K.G Santhyaa: "Addressing the needs of married adolescents: First time parents project".

Mr. Sayan Ghosh, Ms. Kakali Bhattacharya: "Promoting family planning programmes through couple communication", West Bengal

Ms. Seema Kumari: "Delaying the first birth", Delhi

Mr. K. Ravishankar: "Self reported symptoms of Reproductive Tract Infections and Sexually Transmitted Infections and treatment seeking behaviour among married adolescent girls in Northern India"

Mr. Sivasubramanian S. Alagesan: "Male Responsibility - spur of moment in RSH", Tamil Nadu

04.15 pm – 05.30 pm
05.30 pm – 06.00 pm

Open Forum
Tea

Continental Breakfast

H4: Health Risks for Youth: Substance Abuse & Mental Health
Venue: Magnolia, IHC
Chairperson: Dr. Jitendra Nagpal, Consultant, VIMHANS

03.00 pm – 03.15 pm Mr. Jyoti Prakash Gautam: "Adolescents creating media that results in action", Delhi
03.15 am – 03.30 pm Ms. Zaida: "Why do young people inject drugs", Delhi
03.30 pm – 03.45 pm Mr. Ram Prakash: "Society and substance abuse" Delhi
03.45 pm – 04.00 pm Ms. Deepika: "Tobacco use, media influences, Delhi
04.00 pm – 04.15 pm Ms. Kakali Bhattacharya: " Psycho social health concerns of young people – CINI's experience", West Bengal.
04-15 p.m. – 04.30 p.m. Dr. Achal Bhagat: " Mental Health & Young People", Delhi
4.30 p.m. – 5.30 p.m. Open Forum
05.30 pm – 06.00 pm Tea

Evening Programme

06.00 pm – 08.30 pm "Dilli Darshan" followed by Dinner at 09.00 pm for Youth Participants at Vishwa Yuvak Kendra, Chanakya Puri

DAY 3, May 23, 2004

Plenary: Policy, Programs and Participation
Time: 09.00 am – 10.00 am
Venue: Stein Auditorium, IHC
Chairperson: Ms. Ena Singh, Representative Adolescent Initiatives, UNFPA
Co- Chairperson: Ms. Indu Capoor, Director, CHETNA
Organizer: CHETNA

09.00 am – 09.10 am Plenary speaker 1: Ms. Meenakshi Datta Ghosh, Director, NACO
09.10 am – 09.20 am Plenary speaker 2: Ms. Pallavi Patel, Deputy Director, Women's Health & Resource Center, CHETNA: "Voices of Young People" (Youth Participants*): Ms. Neha Solanki, Mr. Jignesh Parmar
09.20 am – 09.30 am Plenary Speaker 3: Dr. Jayant Kr. Banthia, Registrar General of India
09.30 am – 10.00 am Open Forum
10.00 am – 10.30 am Tea

Plenary

Time: 10.30 am – 01.00 pm
Venue: Stein Auditorium, IHC
Chief Guest: Mr. J V R Prasada Rao, Secretary, Ministry of Health, Govt. of India
Guest of Honour: Ms. Nandita Das, Social Activist



Chairperson:
Co chairperson:
Organizer:

Mr. AR Nanda, Executive Director, PFI
Dr. K. Pappu, Additional Director, CINI
CINI

Voices of the Youth: Recommendations /Action Plan

Moving Forward Presenters:

10.30 am – 11.15 am

Mr. Raju Gupta, Youth Representative: “ Capturing Voice
a Video Presentation

11.15 am – 11.30 a.m.

Ms. Shireen Jeejeebhoy: “Emerging recommendations”

11.30 a.m – 12.00 p.m

Youth Representatives: Recommendations from States

Responses from Key People

12.00 pm – 12.05 pm

Ms. Veera Mendonca, UNICEF

12.05 pm – 12.10 pm

Ms. Sadhna Raut, jt. Director, IEC, NACO

12.10 pm – 12.15 pm

Ms. Vandana Jena, Jt. Secretary, Ministry of Youth Affairs
and Sports

12.15 pm – 12.40pm

Mr. Saumya Sen: “Beyond Boundaries: Cricket for Peace
Youth Participation

Valedictory Address

12.40 pm – 12.50 pm

Ms. Nandita Das, Social Activist

12.50 pm – 01.00 pm

Dr. JVR Prasada Rao, Secretary, Ministry of Health, Govt
of India.

01.00 pm – 01.05 pm

Vote of Thanks - Mr. Jyoti Prakash, Bal Panchayat

01.05 pm - 01.10 pm

Concluding song

01:10 pm – 02.00 pm

Lunch

Concurrent Session:

Skills building Workshop (Optional)

02.00 pm – 04.00 pm

1. Building & Sustaining Alliances

Venue: Basement Theatre, IHC

Facilitator: Ms. Tracey Hayes, Program Manager,
International Relations, GHC, & WRAI

2. Communication & Advocacy

Venue: Gulmohar, IHC

Facilitator: Akhila Shivdas, CFAR & CHETNA

3. Theatre for Development

Venue: Jacaranda, IHC

Facilitator: Mr. Ram Lal & Mr. Vijay & Mr. Dhanjira,
SANCHAR

युवा—स्वस्थ भविष्य कि ओर

भारत का अनुभव

विषय सूची

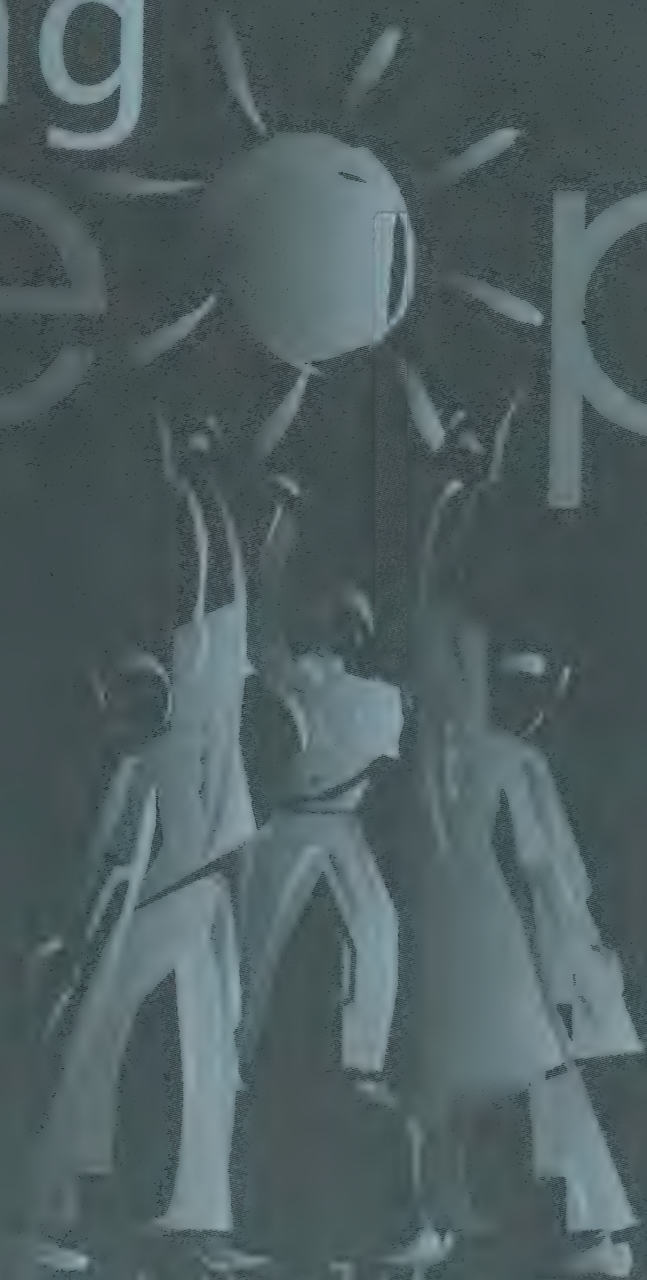
अवलोकन	1
संगठन निर्माण की प्रक्रिया	3
लक्ष्य के रूप में युवा वर्ग ही क्यों ?	6
अनुशंसाएं	18
अगला—चरण	23

यह रिपोर्ट दीपिका गंजु (सलाहकार, पॉपुलेशन काउन्सिल) तथा शीरीन जिजीबॉय (पॉपुलेशन काउन्सिल) के द्वारा एलायन्स फॉर यंग पीपल: टुवार्ड्स ए हेल्दी यूचर के तत्वावधान में तैयार की गई। हम राज्य स्तरीय पैरोकारी रिपोर्ट के दृष्टिकोण तथा पॉपुलेशन काउन्सिल इन्डिया के द्वारा दिए गए आर्थिक सहयोग के प्रति आभार व्यक्त करते हैं।

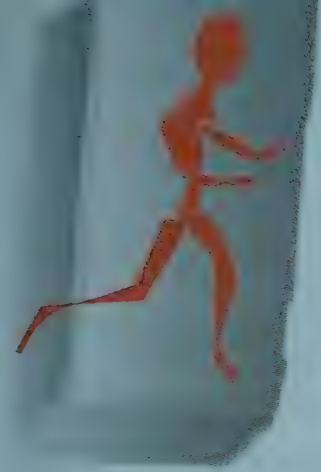
Young

People

ple



Is A Healthy Future



अवलोकन

भारत की कुल जनसंख्या का एक बहुत बड़ा हिस्सा किशोर व किशोरियों का है। इस प्रमाणित तथ्य के बावजूद नीतियों व कार्यक्रमों में किशोर-किशोरियों को स्वास्थ्य से सम्बन्धित विशेष आवश्यकताएं उपेक्षित ही रही हैं। जिसके परिणामस्वरूप, कार्यक्रमों के प्रस्ताव और किशोर-किशोरियों की आवश्यकताएं तथा कार्यक्रमों की रूपरेखा तैयार करने वालों और किशोर-किशोरियों के बीच एक लम्बी दूरी बनी हुई है।

अन्य आयु वर्ग की तुलना में किशोर-किशोरियां अधिक स्वस्थ हैं, पर वो अतिसंवेदनशील होते हैं। शिक्षा, क्रियाकलाप और यौन साझेदारी के निर्माण के दृष्टिकोण से किशोरावस्था से युवावस्था की ओर बढ़ना गुणात्मक परिवर्तनों का दौर होता है। इस उम्र में स्वास्थ्य संबंधी जोखिम बड़े स्तर पर आचरण से संबंधित होता है और एक बड़े अनुपात में ऐसे किशोर-किशोरी पाए गए हैं, जो सुरक्षित और वांछित परिणाम प्राप्त करने की आवश्यक कुशलताओं और जानकारीयों के बिना जोखिम भरे आचरणों में लिप्त हैं। दूसरी ओर बड़े स्तर पर किशोर-किशोरियों ने सुरक्षित ढंग से युवावस्था में प्रवेश किया और उससे सीख ली कि इन सकारात्मक अनुभवों के आधार पर निर्माण करना काफी महत्वपूर्ण है।

1990 के दशक के बाद इस मान्यता में वृद्धि हुई, कि किशोर-किशोरियों की आवश्यकताओं की पूर्ति की जानी चाहिए, जैसा कि विभिन्न राष्ट्रीय व अंतर्राष्ट्रीय प्रयासों में भी प्रदर्शित हुआ। यह भी स्वीकार किया गया, कि यदि नीतियों को लम्बे समय तक कायम रखना है, तो किशोर किशोरियों की मांग व आकांक्षाओं को सुनकर उसे उचित नीतियों व कार्यक्रमों के प्रारूप और क्रियान्वयन में शामिल करने की आवश्यकता है।

चूंकि किशोर-किशोरियों में देश के विकास में सकारात्मक भूमिका निभाने की पूरी संभावना है, इसलिए यह ऐसी नीतियों के निर्माण का उचित समय है, जिसमें युवाओं के अनुभव और मुद्दे शामिल हों।

युवाओं के लिए भारतीय संगठन: स्वस्थ भविष्य की ओर एक महत्वाकांक्षी परियोजना है, जो स्वास्थ्य खासकर प्रजनन व यौन स्वास्थ्य, अधिकार और विकास आदि मुद्दों पर राष्ट्रीय स्तर पर विभिन्न प्रकार के अनुभवों से प्राप्त शिक्षा को एक साथ लाने के उद्देश्य से नीति-निर्माताओं युवाओं के साथ कार्य करने वाले लोगों तथा स्वयं युवाओं के बीच एक संगठन बनाना चाहता है, जो प्रभावशाली कार्यक्रमों व नीतियों के सूत्रीकरण में प्रभावी भूमिका निभाएगा।

इसी क्रम में संस्थाओं के एक समूह के साथ मिलकर एक संघ, के निर्माण की पैरोकारी के लिए एकमत हुए। इसके सदस्य होंगे बाल पंचायत, सेंटर फॉर हेल्थ, एजुकेशन, ट्रेनिंग एण्ड न्यूट्रीशन अवेयरनेस (चेतना), सेंटर फॉर पॉपुलेशन एण्ड डेवलपमेंट ऐक्टिविटी (सी. ई. डी. पी. ए.), चाइल्ड्स इन नीड

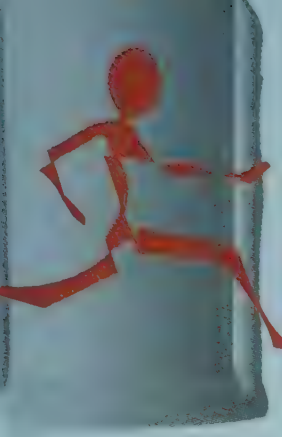


इंस्टीट्यूट (सी. आई. एन. आई.), कम्युनिटी एंड एण्ड रमॉन्सशिप प्राग्राम (सी. ए. एस. पी.), ग्लोबल हेल्थ काउन्सिल (जी. एच. सी.), ममता हेल्थ इंस्टीट्यूट फॉर मदर एण्ड चाइल्ड (ममता), नेशनल फाउंडेशन ऑफ इंडिया (एन. एफ. आई.), पाथफाइंडर इंटरनेशनल, प्लान इंडिया, पॉपुलेशन काउन्सिल और पॉपुलेशन फाउंडेशन ऑफ इंडिया तथा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय एवं युवा मामलों व खेलकूद मंत्रालय।

कार्यक्रमों तथा युवाओं के परिदृश्य के बीच की दूरी के लिए सेतु तैयार करने और युवाओं में कुशलता व क्षमता को विकसित करने के लिए उचित नीतियों को अपनाने की पैरोकारी में युवा-भागीदारी की पुष्टि करने के उद्देश्य से संगठन युवाओं के मुद्दों को प्रतिबिम्बित करना चाहता है। वर्ष 2004 के दौरान कई स्थानीय व राज्य स्तरीय पैरोकारी कार्यक्रमों की अगुवाई की गई, जो मई 2004 में आयोजित राष्ट्र-स्तरीय पैरोकारी के साथ चरम पर पहुंची, जिसमें राज्य-स्तरीय गोष्ठियों के निष्कर्षों व अनुसंशाओं को एक साथ रखा गया।

इस रिपोर्ट का उद्देश्य है, विभिन्न स्तर पर संगठन-निर्माण की प्रक्रिया पर प्रकाश डालना, उपलब्ध प्रयासों (विशेषकर जिजीबॉय और सेबस्टियन, 2003 से) के आधार पर युवाओं की स्थिति व आवश्यकताओं का वर्णन करना और विभिन्न राज्य-स्तरीय पैरोकारी में परिचर्चा, विभिन्न राज्य तथा राष्ट्र स्तरीय पैरोकारी के दौरान व्यक्त की गई युवाओं की आवश्यकताओं का संयोजन और युवाओं की स्वास्थ्य आवश्यकताओं को आगे ले जाने के उद्देश्य से संगठन का मुद्दों तक पहुंचना।





संगठन निर्माण की प्रक्रिया

निचले स्तर पर पहुंच के उपयोग से संगठन, युवाओं के मुद्दों को आगे संबोधित करने के लिए प्रभावशाली तंत्र के निर्माण में सक्षम हुआ है। स्थानीय स्तर पर पैरोकारी कार्यक्रमों की पहल हुई, जिसके उपरांत 12 राज्य स्तरीय व एक राष्ट्र स्तरीय पैरोकारी आयोजित हुई।

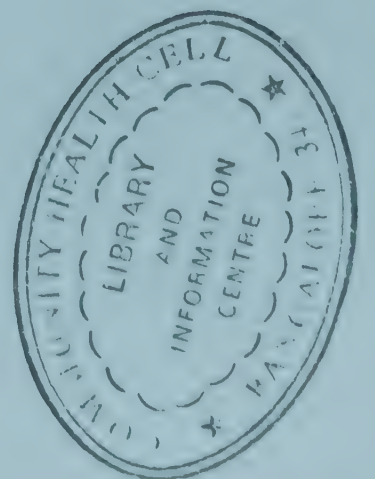
राज्य व राष्ट्र स्तरीय पैरोकारी ने युवाओं के साथ और युवाओं के लिए कार्यरत विभिन्न साझेदारों तथा तंत्र को एक जुट किया। इनमें शामिल थे, विभिन्न क्षेत्रों और विभिन्न मुद्दों पर युवाओं के लिए कार्यरत एन. जी. ओ./सी. बी. ओ., तथा केन्द्र व राज्य सरकार के विभिन्न विभागों (जैसे, महिला व बाल विकास, स्वास्थ्य, शिक्षा एवं युवा मामले) के प्रतिनिधि।

अभिभावकों व शिक्षकों के भागीदारी की पुष्टि के लिए प्रयास किए गए, क्यों कि ये युवाओं को प्रभावित करने वाले पहले तथा जटिल भागीदार होते हैं। अंतर्राष्ट्रीय एजेंसियों के प्रतिनिधि, स्वास्थ्य देखरेख अधिकारियों एन. जी. ओ./जी. ओ. संयोजकों व संचार माध्यमों के प्रतिनिधियों ने भी हिस्सा लिया।

सबसे महत्वपूर्ण, युवाओं ने सभी फोरमों में क्रियाशीलतापूर्वक और उत्साहपूर्वक हिस्सा लिया और अपने स्वास्थ्य व विकास से जुड़े मुद्दों व विषयों पर अपना-अपना दृष्टिकोण प्रस्तुत किया। वो विभिन्न सामाजिक-आर्थिक पृष्ठभूमि तथा अलग-अलग व्यावहारिक व गैर व्यावहारिक शिक्षा प्रणाली से आए थे। उनमें कई ऐसे भी थे जो विद्यालय छोड़ चुके थे। कई युवाओं के लिए घर से बाहर निकलकर समकक्ष समूह का हिस्सा बनना पहला अनुभव था। परिचर्चाओं से प्राप्त निष्कर्षों के क्रियान्वयन के लिए पैरोकारी के दौरान युवाओं को व्यक्तिगत पारिवारिक व सामाजिक स्तर पर अपनी योजनाओं को व्यक्त करने के लिए प्रोत्साहित किया गया, ताकि मुद्दों को आगे ले जाया जा सके। कई पैरोकारी कार्यक्रम स्वयं युवाओं के द्वारा ही आयोजित व व्यवस्थित किए गए। सभी पैरोकारी के दौरान, गतिविधियां बड़े स्तर पर स्वयं युवाओं के द्वारा ही आयोजित व संचालित की गई।

युवाओं से संबंधित विभिन्न मुद्दों पर व्यापक चर्चा हुई, जैसे यौन स्वास्थ्य, पोषण, मानसिक स्वास्थ्य, यौन शिक्षा, मिथक व भ्रान्तियां, लिंग, शारीरिक परिवर्तन जीविकोपार्जन, युवा मित्र सेवाएं जीवन के कुशलताओं की शिक्षा, हिंसा, मादक पदार्थों का उपयोग, सांस्कृतिक मूल्य, युवाओं के संग पैरोकारी, और अधिकार, जिम्मेदारी तथा सशक्तिकरण।

विषयों को विभिन्न उपखंडों तथा प्रस्तुतियों में छोटे सामुहिक परिचर्चाओं तथा अभिनव तरीकों में विभक्त किया गया, जैसे भूमिका निभाना, थिएटर, सिनेमा, सांस्कृतिक कार्यक्रम, अनुभवों व संकल्पों का आदान प्रदान, वर्तमान नीतियों व कार्यक्रमों के विषय और कमियां तथा अनुसंशाएं, जैसे विषयों पर परिचर्चा ताकि मुद्दों को आगे बढ़ाया जा सके।



राज्य-स्तरीय पैरोकारी

13 पैरोकारी कार्यक्रमों में दौरान 13 राज्यों क्रमशः : आंध्र प्रदेश, बिहार, दिल्ली, गोवा, गुजरात, झारखंड, कर्नाटक, महाराष्ट्र, पॉडिचेरी, राजस्थान, तमिलनाडु और उत्तरांचल के लगभग 10,000 लोगों ने हिस्सा लिया।

राज्य स्तरीय पैरोकारी के मुख्य अंश:

- 1) हैदराबाद घोषणा-पत्र, आंध्र प्रदेश में पैरोकारी के आधार पर प्रकाशित की गई, जिसमें इस बात पर जोर दिया गया, कि युवा-जीवन को प्रभावित करने वाली नीतियों के निर्माण में अपनी भागीदारी के द्वारा युवा काफी सकारात्मक भूमिका निभा सकते हैं।
- 2) कर्नाटक में अभिभावकों ने पैरोकारी में खुलकर हिस्सा लिया।
- 3) गुजरात पैरोकारी में विभिन्न मुद्दों पर युवा मतदान आयोजित किया गया, जिससे युवाओं के विभिन्न दृष्टिकोण प्रदर्शित हुए। चूंकि यह पहला अवसर था, जब युवा मतदान कर रहे थे, इसलिए उनमें काफी उत्साह देखा गया। युवाओं के जीवन को प्रभावित करने वाले वातावरण तथा विज्ञान पर भी रचनात्मक कार्यशालाएं आयोजित की गईं।
- 4) झारखंड में प्रतिभागियों को छोटे-छोटे समूह में बांटकर उनसे आग्रह किया गया, कि वह युवा प्रजनन तथा यौन कार्यक्रम के लिए ब्लॉक स्तर पर परियोजना तैयार करें। इससे, परियोजना निर्माण के प्रति युवाओं के विभिन्न दृष्टिकोण प्राप्त हुए साथ ही इन मुद्दों के वैचारिक स्पष्टीकरण को विकसित करने में मदद मिली।
- 5) राजस्थान में, प्रतिभागी संस्थाओं के द्वारा शैक्षिक मैटेरियल तथा युवाओं के साथ कार्य के अपने अनुभवों को बांटने के उद्देश्य से एक प्रदर्शनी आयोजित की गई। जिला योजनाओं पर भी विचार व्यक्त किए गए। विभिन्न स्थानीय व्यवहारिक, गैर व्यवहारिक संस्थाओं, विद्यालयों और महाविद्यालयों के साथ जिला व ब्लॉक स्तरीय तंत्र की पहल हुई, जो राज्य पैरोकारी में युवा-विषयों को संबोधित करने के लिए सक्षम नहीं हुए।
- 6) बिहार में, युवाओं के साथ कार्य करने वाली गैर-सरकारी संस्थाओं की रूपरेखा तैयार की गई। युवा, प्रश्नोत्तर प्रतियोगिताओं, पोस्टर प्रतियोगिताओं और लघु नाटिकाओं में काफी क्रियाशील रहे।

राष्ट्र-स्तरीय पैरोकारी

राष्ट्रीय पैरोकारी, युवा व युवाओं के लिए कार्यरत संगठनों के पहले राष्ट्रीय सम्मेलन में हुई। पैरोकारी में लगभग 500 प्रतिभागियों ने हिस्सा लिया, जिसमें अधिकांश युवा थे। युवा रिपोर्ट निर्माताओं, लेखकों और फिल्म निर्माताओं की उपस्थिति पैरोकारी की विशिष्टता थी।

पैरोकारी में, युवाओं की स्थिति व आवश्यकताओं का विश्लेषण तथा युवाओं के लिए निर्मित विभिन्न कार्यक्रमों व नीतियों का पुनरावलोकन किया गया और संशोधन के सुझाव दिए। प्रमाण आधारित प्रभावशाली अभ्यास तथा प्रारूप का आदान-प्रदान हुआ।

साथ ही, विभिन्न मंत्रालयों तथा तंत्रों के साथ संयुक्त नियंत्रण तंत्र की स्थापना की गई, विशेषकर

युवाओं के स्वास्थ्य तथा विकास संबंधी मुद्दों पर खुली परिचर्चा के लिए उचित स्थान का निर्माण किया गया।



राष्ट्र स्तरीय पैरोकारी के दौरान प्रस्तुतियों में उन चुनौतियों पर प्रकाश डाला गया जेसका सामना किशोर-किशोरियों को करना पड़ता है, जैसे स्वास्थ्य-जोखिम, अभिभावकों तथा अन्य वयस्कों के साथ सीमित बात-चीत, सीमित शिक्षा, जीवन की कुशलताएं तथा जीविकोपार्जन के अवसर और नीतियों की संरचना तथा कार्यक्रमों के क्रियान्वयन में युवाओं की सीमित भागीदारी।





लक्ष्य के रूप में युवा वर्ग ही क्यों ?

भारत की जनसंख्या का लगभग एक-तिहाई हिस्सा 10-24 आयुवर्ग के युवाओं का है, यानी करीब 300 करोड़। ये एक विषमांग वर्ग है और इनकी स्थिति तथा आवश्यकताएं आयु, लिंग, वैवाहिक स्थिति, वर्ग, क्षेत्र, धर्म, राज्य तथा सांस्कृतिक परिदृश्य के अनुसार बदलती रहती हैं। युवावस्था जीवन की अपेक्षाकृत स्वस्थ अवस्था है और इस अवधि में मृत्यु तथा रोगग्रस्तता व्यापक रूप से आचरण से संबंधित है।

भारतीय परिदृश्य

पितृसत्तात्मक मानक और लिंग भेद के कारण भारत में कन्याओं की स्वतंत्रता सीमित है और यह विभिन्न सामाजिक-जनसांख्यिकीय सूचकों, जैसे शिक्षा, रोजगार और मृत्यु-दर में प्रदर्शित हुआ है।

उदाहरणस्वरूप, सरकार की सर्वव्यापक शिक्षा उपलब्ध करवाने की कोशिशों के बावजूद 15-19 आयु वर्ग के बालकों की तुलना में दोगुनी कन्याएं आज भी अशिक्षित हैं (क्रमशः 32 प्रतिशत एवं 15 प्रतिशत) बालकों की तुलना में कम कन्याओं (15-17 आयु वर्ग) का नामांकन (क्रमशः 40 तथा 58 प्रतिशत) विद्यालयों में होता है और 69 प्रतिशत पुरुषों की तुलना में 15-49 आयु वर्ग की मात्र 44 प्रतिशत महिलाओं ने ही प्राथमिक शिक्षा को पूरा किया। (आई. आई. पी. एस. और ओ. आर. सी. मैक्रो 2000)

बालकों की तुलना में कम कन्याएं (15-19 आयु वर्ग) आर्थिक गतिविधियों में लिप्त हैं (क्रमशः 44 प्रतिशत और 26 प्रतिशत) हालांकि, यह आंकड़े घरेलु कार्य में कन्याओं के योगदान को प्रदर्शित नहीं करते और महिलाओं के अदत्त परिश्रम को मान्यता नहीं मिलती (आई. एल. ओ. 1998) इसी प्रकार बालकों की तुलना में कन्याओं का मृत्यु-दर अधिक है, 15-19 आयु वर्ग के प्रति 1000 में क्रमशः 1.8 और 2.5 तथा 20-24 आयु वर्ग के प्रत्येक 1000 में क्रमशः 2.7 तथा 3.8 (आई. आई. पी. एस. और ओ. आर. सी. मैक्रो 2000)।

युवाओं का मृत्यु-दर सामान्य तौर पर कम है, हलांकि लिंग विषमताओं में वृद्धि हो रही है। भारत के कई हिस्सों में आज भी कन्या भ्रूण हत्या तथा कन्या शिशु हत्या प्रचलन में है और दूसरे कई देशों से अलग, भारत में बालक शिशु मृत्यु दर कन्या शिशु मृत्यु दर की तुलना में कम है (75 तथा 85 प्रति 1000 शिशु), लिंग अनुपात पुरुष के पक्ष में है और प्रति 1000 पुरुषों पर महिलाओं की संख्या 933 है। (आर. जी. आई., 2001) बालकों की प्राथमिकता के कारण लिंग चयनित गर्भपात भी प्रचलन में है।



सुरक्षित भविष्य की ओर: बाधाएं और सीमाएं

युवाओं को व्यवस्थित सेवाओं की आवश्यकता है और उनकी आवश्यकताओं को उपखंडित नहीं किया जा सकता फिर भी कार्यक्रमों में उनके द्वारा व्यक्त तथ्यों की गुणात्मकता को शामिल नहीं किया गया। जबकि, सभी पैरोकारी ने विविध कार्यों के लिए एक समान संबंधित विषयों व रणनीतियों को उठाया। राष्ट्र स्तरीय पैरोकारी की एक युवा प्रतिभागी सुश्री स्मिता के अनुसार:

“राज्य स्तरीय पैरोकारी में तीन प्रमुख विषय उठाए गए, शिक्षा, मादक पदार्थों का दुरुपयोग और युवा-मैत्री सेवाएं”।

पैरोकारी के दौरान यह पाया गया, कि युवाओं के अच्छे स्वास्थ्य प्राप्त करने में मुख्य बाधाएं हैं — स्वास्थ्य जोखिम, जिसमें कम आयु में विवाह तथा जोखिम भरे गर्भ धारण शामिल हैं, शिक्षा और जविकोपार्जन के अवसरों की कमी, अभिभावकों तथा विश्वासी वयस्कों से विचारों के आदान-प्रदान में कमी और कार्यक्रमों तथा नीतियों में युवाओं के भागीदारी में कमी।

स्वास्थ्य जोखिम

भारत में किशोर तथा किशोरियों के जीवन की परिस्थितियां उनको शारीरिक, मानसिक भावनात्मक तथा यौन स्वास्थ्य संबंधी विभिन्न जोखिमों में डाल देती हैं। यह स्थिति ढांचागत तत्वों के कारण बढ़ी है, जैसे लिंग-विषमता, कुपोषण, कम आयु में विवाह तथा गर्भधारण, स्वास्थ्य देख-रेख संबंधी अपुष्ट जानकारी तथा विशिष्ट प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं की कमी, जो उनको सुरक्षित ढंग से वयस्क होने में मदद करे।

कम आयु में विवाह तथा गर्भधारण

भारत में कन्याओं के लिए कम उम्र में तथा व्यवस्थित विवाह नियम बन चुका है। 20-24 आयु वर्ग की आधी युवतियों का विवाह 18 वर्ष में हुआ जबकि चौथाई का विवाह 15 वर्ष की आयु में ही कर दिया गया (आई. आई. पी. एस. और मैक्रो 2000) (देखिए तालिका 1) दूसरी ओर ऐसे बहुत कम बालक हैं, जिनका विवाह किशोरावस्था में हुआ हो (इस आयु के मात्र 6 प्रतिशत) (आई. आई. पी. एस. और मैक्रो 2000) संक्षेप में, बड़ी संख्या में किशोरियों के जहन में विवाह की परिस्थितियों के बीच यौन क्रियाएं होती हैं।

कम आयु में विवाह का परिणाम होता है कम आयु में गर्भधारण, क्योंकि कन्याओं पर गर्भाधान की क्षमता को प्रमाणित करने का भारी दबाव होता है, कई वर्गों में पुत्र-गर्भधारण ही एकमात्र जरिया है, जिससे कन्याएं ससुराल में सामाजिक मान्यता तथा आर्थिक सुरक्षा प्राप्त कर सकती हैं (बरूआ और कुर्ज 2001, कुलकर्णी 2001, संध्या और जिजीबॉय 2003) भारत में किशोरियों का गर्भाधारण दर अधिक है, मोटे तौर पर 15-19 आयु वर्ग की प्रति 1000 कन्याओं में 107 जन्म (आई. आई. पी. एस. और मैक्रो 2000) प्रत्येक 5 विवाहित किशोरियों में 1 से अधिक 17 वर्ष की आयु में बच्चे को जन्म दे देती हैं, जबकि कुल विवाहित महिलाओं में आधी 19 वर्ष की आयु तक गर्भावस्था के दौर से गुजर चुकी होती हैं। लगातार गर्भावस्था की स्थिति वयस्कों में अधिक देखी जाती है।



तालिका 1: 13, 15, 18 वर्ष की आयु में विवाहित किशोरियों का प्रतिशत

	महिलाओं की वर्तमान आयु	
	20-24	25-29
कुल विवाहिताओं का अनुपात	78.8	94.5
13 वर्षीय विवाहिताओं का प्रतिशत	8.3	12.1
15 वर्षीय विवाहिताओं का प्रतिशत	22.6	29.2
18 वर्षीय विवाहिताओं का प्रतिशत	50.0	58.9
किशोरी विवाहिताओं का प्रतिशत (20 वर्ष की आयु तक)	67.1	74.0

माध्यम आई. आई. पी. एस. और मैक्रो 2000

किशोरी माताओं के लिए जल्दी गर्भधारण का विपरीत परिणाम हो सकता है। अधिक आयु वर्ग की महिलाओं की तुलना में किशोरियों को कई समस्याओं का सामना करना पड़ता है, जैसे माता-मृत्यु और गर्भधारण के विपरीत परिणाम, प्रसव के दौरान मृत्यु (आई. आई. पी. एस. और ओ. आर. सी. मैक्रो 2000) प्रसवोपरांत मृत्यु, लगातार गर्भपात और मृत शिशु का जन्म। किशोरियों में अधिक आयु की महिलाओं के अनुपात में रुग्णता की शिकायत भी अधिक होती है (आई. आई. पी. एस. 1995), जैसे प्रसव-पूर्व तथा आंतरिक-प्रसव मासिक में जटिलताएं, एनीमिया, गर्भधारण जनित उच्च रक्तचाप और समय से पहले तथा कम वजन के बच्चे का जन्म। जल्दी तथा कम अंतराल पर गर्भ धारण विशेषकर किशोरियों के लिए जोखिम भरा होता है, क्यों कि बड़ी संख्या में वो एनिमिया की शिकार और शारीरिक रूप से परिपक्व नहीं हो पाती।

विकास और परिपक्वता

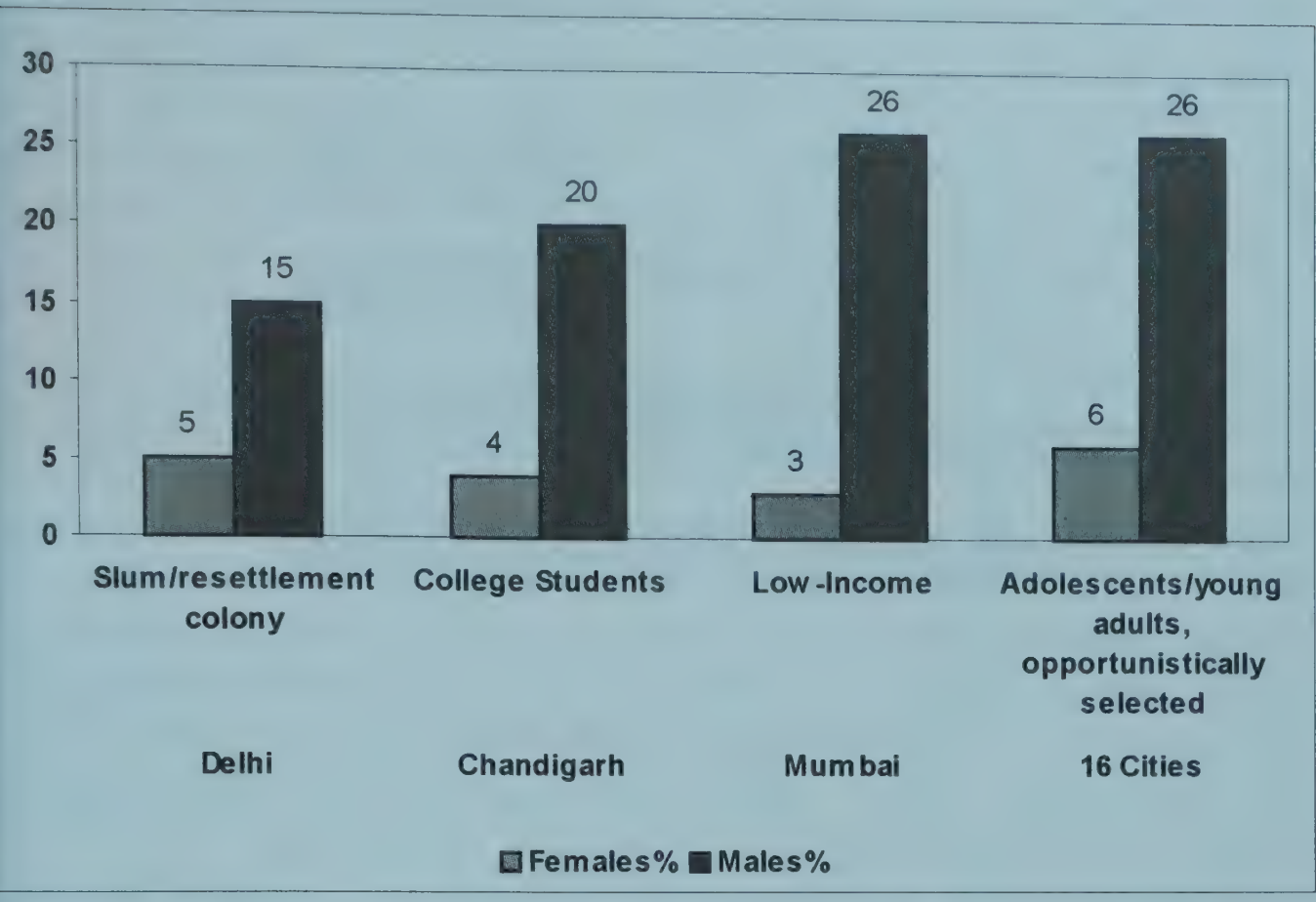
स्वस्थ विकास तथा परिपक्वता के लिए किशोरावस्था तथा वयस्क होने के प्रारंभिक चरण में उचित पोषण काफी आवश्यक हैं फिर भी, लिंग विभेदन के कारण किशोरों की तुलना में किशोरियों को भोजन ग्रहण के मामले में गैर अनुपातिक हानि उठानी पड़ती है। किशोरियों में एनिमिया की दर अधिक है, राष्ट्रीय स्तर पर अब तक विवाहित किशोरियों का पांचवां हिस्सा एनिमिया का शिकार है, जिनमें लगभग 15 प्रतिशत अविकसित हैं (आई. आई. पी. एस. और ओ. आर. सी. मैक्रो 2000)। भोजन ग्रहण में विषमता के मुद्दों को पैरोकारी के दौरान उठाया गया और कुछ कन्याओं ने कहा, कि परिवार के पुरुष सदस्यों को प्राथमिकता दी जाती है, जबकि कन्याओं को बचा हुआ या बालकों की तुलना में अपर्याप्त मात्रा में भोजन दिया जाता है।

कम आयु में असुरक्षित यौन संबंध

भारत में युवा वर्ग, विशेषकर किशोर कम आयु में ही यौन संबंधों में लिप्त हो जाते हैं। छोटे स्तर के अध्ययन बताते हैं, कि 15 -30 प्रतिशत किशोर तथा 10 प्रतिशत से कम किशोरियां विवाहपूर्व गतिविधियों में लिप्त हैं (देखिए आकृति 1) जबकि युवक विवाह के बाद भी एक या अधिक स्त्रियों, तथा यौन व्यवसाय में शामिल महिलाओं के साथ यौन संबंध स्थापित कर लेते हैं, बड़े स्तर पर किशोरियों के मामले में ऐसा बहुत कम ही होता है और यदि होता भी है, तो संबंधियों के बीच ही होता है, जो उनको समर्पित महसूस होते हैं।



Figure 1: Premarital sexual activity among youth: Selected studies, 1990s



प्रतिभागियों ने विवाह पूर्व यौन गतिविधियों, कम आयु में अनचाहे गर्भ व गर्भपात से संबंधित विषयों पर प्रकाश डाला। कम आयु में यौन संबंधों में लिप्त होने के प्रमुख कारण हैं, समकक्ष सामूहिक दबाव, यौन शोषण, विद्यालय छोड़ देना और अश्लील फिल्मों का प्रभाव। इस बात पर परिचर्चा हुई, कि सुरक्षित यौन गतिविधियों की जानकारी तथा जागरूकता के अलावा कॉन्डोम की अनुपलब्धता तथा युवा-मैत्री स्वास्थ्य सेवाओं का अभाव सुरक्षित प्रक्रिया अपनाने के मार्ग में सबसे बड़ी बाधा हैं।

कॉन्डोम व गर्भनिरोधकों का कम उपयोग

विवाहित तथा अस्थायी यौन साझेदारी में गर्भनिरोधकों का कम उपयोग किया जाता है। कुछ ही विवाहित नव युवतियां विवाह के पश्चात आधुनिक गर्भ निरोधकों का उपयोग करती हैं। राष्ट्रीय स्तर पर एन. एफ. एच. एस. के सर्वेक्षण के दौरान 15-19 आयुवर्ग की मात्र 8 प्रतिशत युवतियां ही किसी प्रकार के गर्भ-निरोधक का उपयोग कर रही थीं, जबकि 5 प्रतिशत आधुनिक तरीके का उपयोग कर रही थीं और 27 प्रतिशत के आस-पास युवतियों को इसकी आवश्यकता ही महसूस नहीं हुई (आई. आई. पी. एस. और ओ आर सी मैक्रो 2000) अस्थायी यौन संबंध स्थापित करने वाले किशोर-किशोरियों में से मात्र आधों ने पिछली यौन-क्रिया के दौरान कॉन्डोम का उपयोग किया था (नाको और यूनिसेफ 2002)



अनचाहा गर्भ, गर्भपात और संक्रमण

भारतीय महिलाओं के बीच अनचाहे गर्भ की दर काफी अधिक है और अनचाहे गर्भ की 15 प्रतिशत घटनाएं युवाओं के साथ होती हैं (पचौरी और संध्या, 2003)। गर्भपात की इच्छा रखने वालों में किशोरियों का अनुपात (1-10 प्रतिशत) भी कम नहीं है (गणत्रा, 2000) बड़े स्तर पर गर्भपात की इच्छा रखने वाली किशोरियां हैं, जिनमें से कई 15 वर्ष से भी कम आयु की होती हैं (जिजीबॉय, 1996) कई किशोरियां अयोग्य व्यक्तियों से गर्भपात करवा लेती हैं, परिणामस्वरूप उनमें गर्भपात चाहने वाली युवतियों की तुलना में अधिक रोगग्रस्तता होती है।

व्यस्कों की तुलना में युवा, यौन जनित संक्रमण व प्रजनन जनित संक्रमण के मामले में शारीरिक तथा सामाजिक दृष्टिकोण से अधिक संवेदनशील होते हैं। कॉन्डोम के कम उपयोग के कारण भी उनके लिए यौन संक्रमण का खतरा बना रहता है। आंकड़ों में कमी के कारण आर. टी. आई./एस. टी. आई. तथा एच. आई. वी. ग्रसित युवाओं की संख्या के आकलन का काम कठिन है। विवाहित महिलाओं में एस. टी. आई. के अध्ययन में पाया गया, कि उनको यह खतरा कम होता है (18 प्रतिशत) (जोसफ, 2003) एन. ए. सी. ओ. (नाको) के राष्ट्रीय आचरण निगरानी सर्वेक्षण के अनुसार 3 से 5 प्रतिशत किशोर/किशोरियों (अधिकांश अविवाहित) को एस. टी. आई./आर. टी. आई. की शिकायत थी, जो स्त्राव, अल्सर या पीड़ादायक सूजन के रूप में सामने आया। 12 महीनों के सर्वेक्षण के पश्चात कहा गया कि हो सकता है, कि लक्षणों के प्रसंग में युवाओं में सीमित जागरूकता हो (नाको और यूनिसेफ, 2002)।

यौन हिंसा

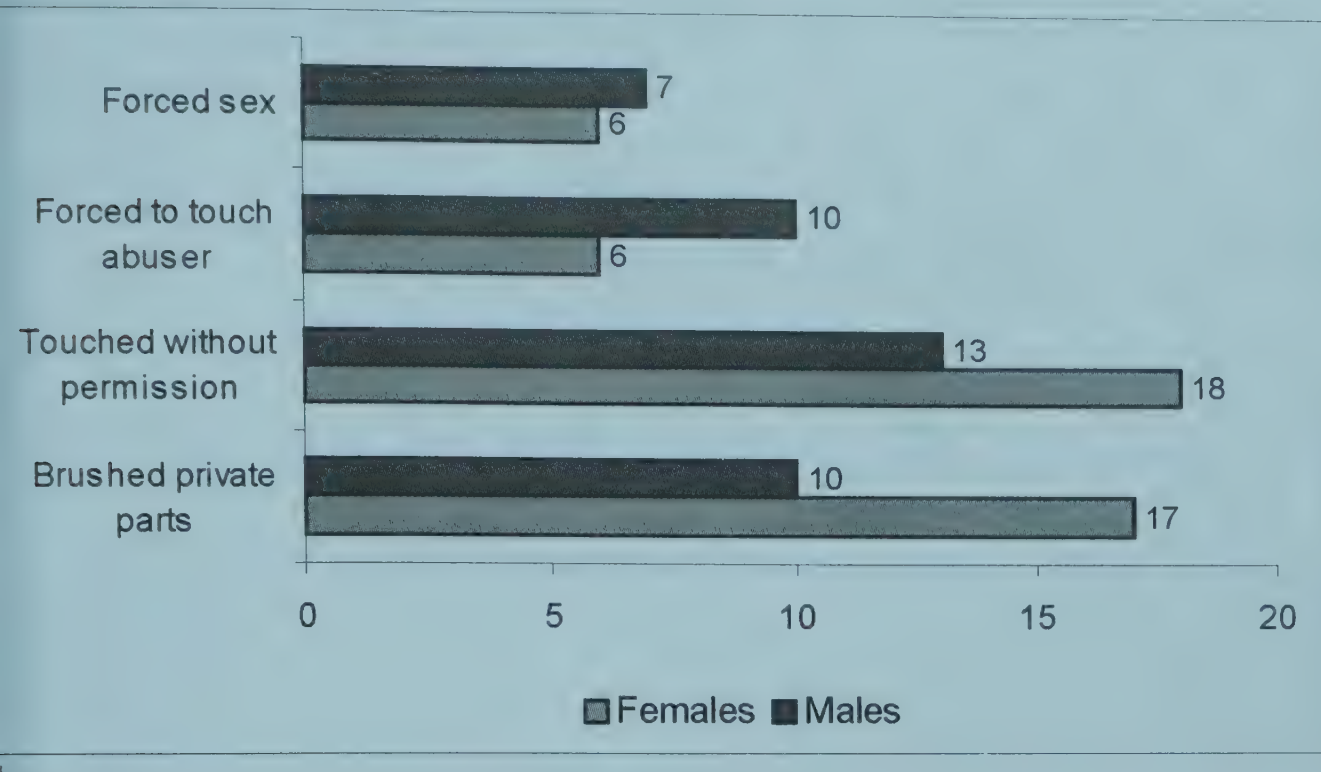
बलपूर्वक यौन संबंध के कारण पीड़ित की सुरक्षित व बचावयुक्त आचरण की क्षमता प्रभावित हो सकती है। हालांकि कई किशोर और किशोरियां बलात यौन संबंध की शिकार होती हैं, पर ये मामले प्रकाश में कम ही आते हैं (देखिए आकृति-2)। कई युवतियों से शारीरिक संबंध, यहां तक कि विवाह के परिप्रेक्ष्य में भी, बलपूर्वक स्थापित किए जाते हैं, कई युवतियों को इस बात का अधिकार नहीं होता कि वो यह निर्धारित कर सकें, कि शारीरिक संबंध कब स्थापित किया जाए, या नहीं किया जाए या फिर कॉन्डोम का उपयोग किया जाए या नहीं, क्योंकि उनको विवाहित जीवन में फूट पड़ने तथा दूसरे विवाह का भय रहता है (सोडी और वर्मा 2003) यह अनुभव किया गया कि सामाजिक बाध्यताओं के कारण इस प्रकार की घटनाएं प्रकाश में नहीं आ पाती और अधिकांश पीड़ितों को न्याय नहीं मिल पाता।

विवाह के उपरांत हिंसा का शिकार होने की स्थिति में सामाजिक व भावनात्मक सहयोग में कमी तो आती ही है, माता-पिता भी कभी-कभी ही अपनी कन्या को सहयोग देते हैं। भारत में दहेज की मांग के परिणामस्वरूप भी युवतियों के साथ हिंसा व उनकी मौत हो जाती है।

यौन पीड़ित को विभिन्न प्रकार के विपरीत सामाजिक और मानसिक स्वास्थ्य परिणामों का सामना करना पड़ सकता है, जैसे कुंठा, चिंता, आत्मविश्वास में कभी अक्रियाशील संबंध और आत्महत्या की प्रवृत्ति। हिंसा का प्रमुख कारण ढांचागत तत्व है, जैसे संबंधों के असमान अधिकार, लिंग-विषमता। युवतियों की बुरी स्थिति, कम आयु में विवाह तथा गर्भाधान। यौन हिंसा एक ऐसा मुद्दा था, जो पैरोकारी के दौरान बार-बार उभर कर सामने आया। युवा, यौन शोषण से भली-भाँति परिचित थे और उन्होंने इस प्रसंग में युवाओं के बचाव, विशेषकर युवतियों को यौन शोषण से बचाने की आवश्यकता पर बल देते हुए अपने विचार व्यक्त किए।



Figure 2: Percentage of adolescent females and males (16-17 years) in Goa reporting non-consensual sexual experiences



मादक पदार्थों का सेवन

किशोरों के द्वारा किशोरावस्था के प्रारंभिक चरण में ही अल्कोहल तथा अन्य मादक पदार्थों का सेवन एक ऐसा मुद्दा था जो पैरोकारी में उठाया गया।

नशे की लत से शारीरिक संवेदनशीलता बढ़ जाती है, और असुरक्षित यौन अभ्यास के कारण एच. आई. वी. संक्रमण का खतरा भी बढ़ जाता है। विश्व युवा तम्बाकू सर्वेक्षण के अनुसार भारत में 1-39 प्रतिशत युवक तथा 0.2-13 प्रतिशत युवतियां सिगरेट का सेवन करते हैं तथा एक बड़े स्तर पर (5.5-69.1 और 3.2-56.4 प्रतिशत) अन्य तम्बाकू उत्पादों का सेवन करते हैं (डब्ल्यू. एन ओ. तथा सी. डी. सी. - 2003)



उपेक्षित उप-जनसंख्या

पैरोकारी में माना गया कि गली में पलने वाले बच्चों और शारीरिक रूप से अस्वस्थ बच्चों की आवश्यकताओं का मुद्दा काफी संवेदनशील है और यह स्थिति शिक्षा तथा रोजगार के अवसरों की कमी, अपर्याप्त स्वास्थ्य तथा पुनर्वास केंद्र की सुविधाओं तथा इनके लिए उपलब्ध सेवाओं की जानकारी के अभाव में और गंभीर होती जा रही हैं।

स्वास्थ्य जोखिम के कारक

कई युवाओं ने, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य के विषय में जानकारियों की कमी माता-पिता से कम बात-चीत, सेवाओं की सीमित उपलब्धता तथा उचित एवं समय पर देख-रेख की तलाश करने वालों के लिए उचित तथा युवा-मित्र सेवाओं की कमी को बाधा बताया।



लिंग असमानता प्रचलन: अधिकार एवं चयन

युवाओं के यौन व्यवहारों में लिंग असमानता का प्रचलन प्रदर्शित होता है। युवकों के द्वारा विवाह पूर्व, विवाह के अतिरिक्त तथा अस्थायी यौन गतिविधियों को समाज अनदेखा कर देता है और अविवाहित किशोरियों को अपनी चंचलता तथा यौन भावनाओं पर कई प्रकार के बंधन का सामना करना पड़ता है, क्यों कि कौमार्य की रक्षा उनके लिए बहुत बड़ा वरदान समझा जाता है। युवक दोहरे लिंग मानक को न्यायसंगत मानते हैं। उदाहरणस्वरूप, महाविद्यालय में पढ़ने वाले छात्र तर्क देते हैं, कि उन्हें विवाहपूर्व यौन संबंध की अनुमति है, पर भविष्य में होने वाली उनकी पत्नियों को यह अनुमति नहीं है (अब्राहम-2001)

युवतियों को अपने अधिकारों तथा चयन से संबंधित सीमित स्वतंत्रता है। कुछ, इस बात का निर्णय लेने में सक्षम हैं, कि पढ़ाई जारी रखी जाए या नहीं या कब और किससे विवाह किया जाए। ससुराल में कन्याएं कभी-कभार ही घरेलू निर्णय या प्रजनन तथा यौन स्वास्थ्य से संबंधित निर्णय ले सकती हैं और निर्णय लेने वालों में पति, माता-पिता या सास-ससुर की ही प्रमुख भूमिका होती है। जागरूकता का अभाव यौन विषयों पर साझेदार से कम बातचीत तथा हिंसा की धमकी के कारण युवतियां सुरक्षित यौन संबंध नहीं अपना पाती और हमेशा के लिए मौन संस्कृति को अपना लेती हैं, जिसके कारण उचित स्वास्थ्य देखभाल तथा समुचित चिकित्सा की इच्छा के रास्ते में बड़ी-बड़ी बाधाएं आ जाती हैं।

पैरोकारी में लिंग असमानता से जुड़े मुद्दों को संयोजित किया गया। कुछ मुद्दे उठाए गए और उन पर परिचर्चा हुई, जैसे युवा बड़े होते हैं, युवकों को कुछ भी करने की स्वतंत्रता दी जाने लगती है, ठीक उसी समय युवतियों को अधिक नियंत्रित किया जाता है। क्यों ? क्या महिलाएं अपने शोषण के लिए स्वयं जवाबदेह हैं ?

..... हमारे समाज में अगर महिला बालक शिशु को जन्म देती है तो लोग जन्मोत्सव मनाते हैं और ठीक उसी समय यदि कन्या शिशु का जन्म हो तो परिवार क्षुब्ध हो जाता है। महिला पर कन्या शिशु को जन्म देने का आरोप लगाया जाता है और बुरा बर्ताव किया जाता है, जबकि बच्चे के लिंग की जिम्मेदारी पुरुष की होती है, तब लिंग असमानता के लिए कौन जिम्मेदार है?

गलत अवधारणा तथा जागरूकता का अभाव

युवाओं, खासकर महिलाओं को यौन स्वास्थ्य के मुद्दों तथा सुरक्षात्मक व्यवहारों के बारे में सीमित जानकारी होती है। परिणामस्वरूप, कई मान्यताएं और गलत अवधारणाएं प्रचलन में हैं, जिससे स्वास्थ्य का महत्व इनकी पहुंच से दूर होता जा रहा है। उदाहरणस्वरूप, एक अध्ययन बताता है, कि कई युवा विश्वास करते हैं, कि यौन क्रियाओं के प्रारम्भ में महिला गर्भवती नहीं हो सकती, एस. टी. आई. के लक्षण अपने-आप समाप्त हो जाते हैं, कोई भी व्यक्ति एच. आई. वी. संक्रमण को लक्षणों से पहचान सकता है, शरीर के समाविष्ट होने से ही गर्भ ठहरता है, या एच. आई. वी. दैनिक गतिविधियों से फैलता है या इसे स्वच्छ रहकर नियंत्रित किया जा सकता है। (ब्राउन 2001)। यौन संबंधों के अनुभवी कुछ युवा खुद को संक्रमण के जोखिम (जिसमें एच. आई. वी. भी शामिल है) में मान चुके हैं (अब्राहम और कुमार 1999)

कई युवाओं को एस. टी. आई./एच. आई. वी. से संबंधित काफी कम जानकारी थी। नाको राष्ट्रीय आचरण निगरानी सर्वेक्षण के अनुसार, अधिकांश युवा एड्स से परिचित थे (15-19 वर्ष के 90 प्रतिशत तथा 80 प्रतिशत किशोर व किशोरियां), पर उन्हें एस. टी. आई. तथा एच. आई. वी.



से इसके संबंध के विषय में काफी सीमित जानकारी थी।

28 प्रतिशत युवक व 29 प्रतिशत युवतियों ने एस. टी. आई. के विषय में सुना था और केवल 21 प्रतिशत तथा 19 प्रतिशत युवक व युवतियों को पता था, कि एस. टी. आई. के रोगी को अन्य की तुलना में एच. आई. वी. संक्रमण का अधिक खतरा होता है (नाको और यूनिसेफ 2000) भारत में 24 वर्ष तक की 34 प्रतिशत युवतियों ने एड्स के बारे में सुना था?, जबकि प्रति 5 में 3 से अधिक युवतियां इसके कारणों, जैसे अनेकों से यौन संबंध या हमेशा कॉन्डोम का उपयोग न करना आदि को नहीं पहचान सकीं (यूनिसेफ, यूएनएड और डब्ल्यू. एच. ओ. 2002)।

युवाओं के लिए, खासकर युवकों के लिए यौन तथा प्रजनन विषयों पर जानकारीयां पाने के प्रमुख स्रोत हैं, टेलीविजन, समकक्ष व्यक्ति और कामुक साहित्य। हालांकि इन माध्यमों से उपलब्ध जानकारीयाँ सटीक नहीं होतीं। नाको राष्ट्रीय आचरण निगरानी सर्वेक्षण में बताया गया, कि संचार माध्यमों के द्वारा एच. आई. वी./एड्स पर उपलब्ध करवाए जाने वाले संदेश युवाओं को प्रभावित नहीं कर पाते 76 प्रतिशत ने इन संदेशों को टेलीविजन पर देखा, बहुत कम (एक तिहाई से आधे के बीच) इन संदेशों से रेडियो या समाचार पत्र/पत्रिकाओं के द्वारा परिचित हुए और 6 से 12 प्रतिशत के बीच बोर्डों, पर्चों या सिनेमा के द्वारा परिचित हुए। दूसरी ओर काफी कम—लगभग 15 प्रतिशत युवक—युवतियां—विषय को आपसी बातचीत से जान पाए (नाको और यूनिसेफ, 2002)

माता-पिता व अन्य विश्वासी वयस्कों से कम बातचीत

माता-पिता व अन्य विश्वासी वयस्कों से सीमित बातचीत के कारण युवाओं को प्रजनन स्वास्थ्य एवं यौन क्रियाओं के विषय में काफी कम जानकारी होती है। माता-पिता कई कारणों से इन विषयों पर अपने बच्चों से बातचीत करने में हिचकते हैं। कुछ का मानना है कि यह यौन क्रियाओं के लिए अप्रत्यक्ष सहमति होगी, हालांकि अध्ययन यह संकेत देते हैं, कि पारिवारिक सहयोग सुरक्षित यौन आचरण अपनाने में काफी प्रभावशाली भूमिका निभा सकता है। माता-पिता यह भी मानते हैं, कि उनकी बेटियों के क्रियाकलापों पर नियंत्रण अंतरंग यौन आकर्षण तथा यौन संबंधों से बचाव करता है। जबकि प्रमाण कुछ और ही बताते हैं (मेहरा, सावित्री और कोटिन्हो, 2002)। कुछ अभिभावक अपने किशोरावस्था बच्चों में जागरूकता बढ़ाने के महत्व को समझने लगे हैं, गहरी जानकारी की कमी अवरोध बन जाती है और उनको खुद ही सब कुछ करने में काफी उलझन होती है (दमयंती 2003, सबस्टियन 2003, सब्बा राव, 2003) कुछ युवाओं ने यह भी बताया, कि स्वास्थ्य संबंधी जानकारी देने वाले भी या तो जानकारी देने में सक्षम नहीं थे या फिर यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य पर जानकारी देने में हिचक रहे थे।

सटीक सेवाओं की कमी, सेवाओं की खराब गुणवत्ता और निर्णयकर्ता

कुछ ही कार्यक्रम आवश्यक सेवाएं और देखभाल उपलब्ध करवाते हैं, जो युवतियों की विशेष व विविध आवश्यकताओं पर आधारित होती है। उदाहरणस्वरूप, नव विवाहिता किशोरियों में, बड़े स्तर पर अनचाहे गर्भाधारण के बावजूद उनको गर्भ-निरोधक कभी कभार ही दिए जाते हैं, क्यों कि पहले बच्चे के जन्म को टालना संस्कृति के विरुद्ध समझा जाता है। कुछ युवा नव विवाहिताओं को जन्म पूर्व प्रसवकालीन आंतरिक देखभाल प्राप्त हो जाती

है, फिर भी अधिक उम्र की माताओं की तुलना में

उनके गर्भाधारण के विपरीत परिणाम मिलने की

संभावना बनी रहती है। राष्ट्रीय स्तर पर,

लगभग एक तिहाई किशोरियों को, जो

एन. एफ. एच. एस.-2 के अनुसार

प्रारंभिक तीन वर्षों में बच्चे को जन्म

देती हैं, जन्म पूर्व देखभाल प्राप्त



नहीं होता, केवल 31 प्रतिशत जन्म संस्थाओं में तथा 42 प्रतिशत प्रशिक्षित दाईयाँ के द्वारा करवाए गए। घर में होने वाले जन्मों में केवल 18 प्रतिशत के ही जन्मापरांत परिणाम प्राप्त हुए (आई. आई. पी. एस. और मैक्रो-2000) यह सामान्य तौर पर स्वीकार किया गया, कि स्वास्थ्य प्रणाली के द्वारा सेवाओं की शर्तें अपर्याप्त हैं तथा इसके अंतर्गत युवाओं की आवश्यकताओं की बड़े स्तर पर उपेक्षा की गई है। कई कारणों से कुछ युवतियाँ, विशेषकर कुंवारी, वयस्क महिलाओं की तुलना में सेवाओं को प्राप्त कर पाई हैं। देखरेख की गुणवत्ता खराब या वहन करने योग्य न हो, सेवाओं तक पहुँचना मुश्किल हो या गोपनीयता की कमी हो, ये उपलब्ध करवाने वालों को "धमकाने वाला" या "निर्णायक" मान लिया गया हो। युवाओं में उनके लिए उपलब्ध सेवाओं तथा सेवाओं को प्राप्त करने के उनके अधिकारों के विषय में जागरूकता की कमी है। उदाहरणस्वरूप, कई युवा मानते हैं, कि गर्भपात संबंधी सेवाएं कानूनन अविवाहिताओं को उपलब्ध नहीं है (गणात्रा और हिर्वे, 2002)

प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (आर. सी. एच.) के अंतर्गत गर्भ-निरोधक सेवाएं अविवाहित के लिए उपलब्ध नहीं है। परिवार कल्याण कार्यक्रम गर्भ निरोधक जानकारीयों, आपूर्ति के मामले में अविवाहिता की उपेक्षा करते हैं और इसके बाहरी स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का ध्यान विवाहिताओं पर होता है।

देर से देखभाल, विशेषकर अविवाहिताओं में

एस. टी./आर. टी./एच. आई. वी. संक्रमण के लक्षणों के लिए युवाओं, विशेषकर अविवाहिता के द्वारा उपचार की तलाश काफी सीमित स्तर पर की जाती है। नाको के सर्वेक्षण के अनुसार लक्षणों से ग्रसित आधे से भी कम युवक तथा एक तिहाई युवतियाँ, अधिकांश अविवाहित ने अपने लक्षणों के लिए चिकित्सकीय देखभाल की तलाश की (नाको ओर यूनिसेफ 2002) हालांकि, युवाओं को, विशेषकर युवतियों में इस संक्रमण का अधिक खतरा होता है और इस प्रकार के संक्रमण के लक्षण दिखाई नहीं भी दे सकते हैं। अविवाहिता कन्याओं को वयस्क महिलाओं की तुलना में अधिक हानि उठानी पड़ती है। इनको अक्सर असुरक्षित गर्भपात सेवाओं का उपयोग, देर से गर्भपात, दूसरी तिमाही में गर्भपात तथा लगातार स्वास्थ्य जटिलताओं से ग्रस्त देखा गया गर्भपात के लिए ज्यादातर, अप्रशिक्षित व्यक्तियों व पारम्परिक तरीकों का उपयोग किया जाता है, क्योंकि इनको तत्काल तथा गोपनीय देखभाल उपलब्ध करवाने वाला माना जाता है (गणात्रा और हिर्वे)

शिक्षा, जीवन की कुशलताओं व जीविकोपार्जन के अवसरों की कमी

पैरोकारी में युवाओं के द्वारा युवाओं तथा विशेषकर युवतियों के लिए शिक्षा के अवसरों की कमी की बात कही गई। विद्यालयों में कन्याओं की कम उपस्थिति एवं बड़ी संख्या में पढ़ाई छोड़ने की बात प्रकाश में आई। पारिवारिक तथा सामाजिक स्तर पर लिंग-विभेदक को इसके प्रमुख कारण के रूप में पहचाना गया। पारिवारिक स्तर पर किशोरियों की सुरक्षा का भय, यह मान्यता, कि किशोरियों के लिए शिक्षा आवश्यक नहीं है, घरेलू जिम्मेदारियाँ तथा भाई बहनों की देखभाल, विद्यालयों में कन्याओं की उपस्थिति में बाधक थे, जबकि सामाजिक स्तर पर, कम उम्र में विवाह, गरीबी तथा प्राथमिक स्तर के विद्यालय के बाद गांव में विद्यालय की कमी प्रमुख कारण थे। राज्य स्तरीय पैरोकारी में एक युवा प्रतिभागी ने कहा, कि "कन्याओं के विद्यालय छोड़ने की अधिक दर सामाजिक असुरक्षा व लैंगिक पक्षपात के कारण है"।

विद्यालय तक पहुँचने में असुविधा



भी आगे पढ़ाई में बाधक है, जैसा कि राज्य स्तरीय पैरोकारी में एक युवा प्रतिभागी ने बताया: "हमारे गांव में प्राथमिक विद्यालय हैं लेकिन वहां आस-पास कोई माध्यमिक विद्यालय नहीं है। मैं आगे पढ़ाई करना चाहता हूँ पर कर नहीं सकता, क्यों कि मेरे माता-पिता मुझे दूसरे गांव जाकर पढ़ने की अनुमति नहीं देंगे" विद्यालय में शिक्षा की खराब गुणवत्ता, संसाधनों की कमी तथा खेल-कूद की सुविधाओं का अभाव भी पढ़ाई जारी रखने के मार्ग में बाधक का काम करते हैं।

कई युवाओं ने अनुभव किया, कि पढ़ाई जाने वाली बातों तथा व्यावसायिक अवसरों में काफी भिन्नता है, और वो यह जानने के लिए चिंतित थे, कि शिक्षा को किस प्रकार प्रभावशाली ढंग से रोजगार के अवसरों, कैरियर और कार्य के अवसरों से जोड़ा जाए।

पैरोकारी में, युवाओं ने यौन-शिक्षा की अनुपलब्धता की बात दोहराई। शिक्षक अपने विद्यार्थियों से यौन, यौन आकर्षण, एच आई वी तथा किशोर स्वास्थ्य पर परिचर्चा नहीं करना चाहते। एक वजह यह भी हो सकती है, कि शिक्षक प्रजनन स्वास्थ्य पर बात करने में संकोच करते हों या यह समझते हों, कि विद्यार्थी इन विषयों के साथ सहज नहीं हो पाएंगे। इन गलत अवधारणों के कारण शिक्षक व विद्यार्थियों के बीच बाधा उत्पन्न हो गई है, परिणामस्वरूप युवाओं की या तो उपेक्षा हो जाती है या उनको समुचित जानकारी नहीं मिल पाती।

अपने अधिकारों व प्रजनन स्वास्थ्य पर अपने चुनाव का उपयोग करने तथा उनके जोखिम को कम करने के लिए युवा सशक्तिकरण, विशेषकर कन्या सशक्तिकरण के उद्देश्य से पैरोकारी में युवाओं की शैक्षिक व जीविकोपार्जन के अवसरों की आवश्यकताओं पर प्रकाश डाला गया। यह अनुभव किया गया कि शिक्षा, जिविकोपार्जन पर आधारित होनी चाहिए व यह आत्मविश्वास तथा आत्मनिर्भरता बढ़ाने वाला होना चाहिए। व्यवसायिक शिक्षा भी एक महत्वपूर्ण तत्व है, क्योंकि यह युवाओं को जीविका अर्जित करने तथा आत्मनिर्भर बनाने में सक्षमता प्रदान करता है। राजस्थान के एक युवा प्रतिभागी ने इस बिंदु को दोहराया: "हमारी शिक्षा में जीवन की कुशलताओं व व्यावसायिक शिक्षा के बीच सुतलन होनी चाहिए।"

प्रभावशाली संचार के लिए मीडिया का उपयोग

पैरोकारी ने, यौन स्वास्थ्य विषयों पर सीमित जागरूकता व इन विषयों के संचार के लिए मीडिया व अन्य मंचों के उपयोग की संभावित नीतियों पर परिचर्चा की शुरुआत की। युवाओं ने कई पैरोकारी में जानकारी को प्राप्त करने संबंधी अपने अधिकारों पर बल दिया।

उन्होंने बताया कि लोगों के मन में कई जिज्ञासाएं हैं पर उनका समाधान करने वाला कोई नहीं है। अपनी लज्जा के कारण शिक्षक व माता-पिता यौन जानकारी को दबाने की चेष्टा करते हैं, जिसके कारण युवाओं पर अविश्वसनीय स्रोतों से जानकारियां प्राप्त करने का अप्रत्यक्ष दबाव रहता है। पैरोकारी ने पाया, कि जनसंचार माध्यम युवाओं के विकास में विवेचनात्मक भूमिका निभा सकते हैं, क्योंकि भारत में बड़ी संख्या में युवा समाचार पत्रों, टेलिविजन, फिल्म तथा रेडियो से प्रभावित होते हैं। फिर भी वर्तमान में मीडिया गलत जानकारियां तथा

पितृसत्तात्मक नियमों को बढ़ावा देता प्रतीत होता है, जो

परिवर्तन के सूत्रधार की भूमिका निभाता है। लिंग

के मामले में मीडिया अक्सर असंवेदनशील

रहता है और पितृसत्ता को बढ़ावा देता है,

भडकाउ भाषा का उपयोग करता है

तथा यौन उत्तेजक चित्रों का उपयोग

करता है। किशोरों से संबंधित

विषय नियमित रूप से प्रकाशित



नहीं होते और मीडिया अक्सर युवाओं को उत्तेजित करता है।

नीतियों व कार्यक्रमों की सीमाएं

नीतियों वा कार्यक्रमों में युवा स्वास्थ्य से संबंधित विषयों को हाल ही से उठाना प्रारम्भ किया गया है। अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर आई सी पी डी ने युवाओं की विशेष आवश्यकताओं को पहचाना जिससे युवाओं पर राष्ट्रीय नीति तैयार करने तथा विभिन्न नीतियों व कार्यक्रमों में युवा आवश्यकताओं के प्रति विशेष ध्यान की जरूरत को प्रदर्शित करते हुए विभिन्न व्यवस्थाओं को प्रस्तुत करने की प्रेरणा मिली। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 ने युवाओं के प्रजनन और स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को स्वीकार किया, जिसकी पूर्ति नहीं हो पाई थी। नीतियों ने विवाह की उम्र को बढ़ाने, 14 वर्ष की आयु तक मुक्त व अनिवार्य शिक्षा उपलब्ध करवाने तथा पोषण सेवाएं उपलब्ध करवाने के लिए विशेष मध्यस्थता कार्यक्रमों की पैरवी की। इसने जानकारीयां उपलब्ध करवाने तथा प्रजनन सेवाओं के साथ-साथ परामर्श सेवाओं की अनुशंसा भी की, जो वहन करने तथा सहजता से प्राप्त करने योग्य हों। राष्ट्रीय युवा नीति, 2000 का सार युवाओं के लिए बहुक्षेत्रीय प्रयासों पर केंद्रित था, जिसमें "युवा सशक्तिकरण" पर प्रकाश डाला गया था।

पहली बार 10वीं पंचवर्षीय योजना में किशोर/किशोरियों को प्राथमिकता के स्थान पर रखा गया और योजना आयोग ने किशोर/किशोरियों से संबंधित मुद्दों के समाधान के लिए एक कार्यकर्ता दल का गठन किया। सरकार ने परिवार-कल्याण विभाग के द्वारा क्रियावित प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य (आर सी एच) कार्यक्रम के अंतर्गत किशोर/किशोरी स्वास्थ्य को शामिल कर इस दिशा में कदम उठाया। नेशनल एड्स कंट्रोल ऑर्गेनाइजेशन (नाको) के द्वारा क्रियावित एड्स 2000 में भी युवाओं पर प्रकाश डाला गया।

युवा गतिविधियों तथा युवा मामलों से संबंधित विभिन्न विभागों/मंत्रालयों के द्वारा क्रियावित कार्यक्रमों के बीच सामन्जस्य बैठाने में युवा मामले व खेल कूद मंत्रालय ने पथ प्रदर्शन किया। कई राज्यों के युवाओं के लिए कार्यक्रम प्रस्तुत किए गए। देश के विभिन्न भागों में कई कार्यक्रमों के द्वारा कुशलता व जीविकोपार्जन निर्माण, प्रशिक्षण व शिक्षा की उपलब्धता, और अधिक सामान्य तौर पर कन्याओं के सशक्तिकरण की कोशिश की गई, ताकि उनमें यौन तथा प्रजनन चुनाव का उपयोग करने के साथ-साथ जीवन की कुशलताएं प्राप्त कर सकें। फिर भी, इन योजनाओं की पहुंच सीमित है और इनका मूल्यांकन कभी-कभार ही होता है (युवाओं से संबंधित नीतियों और कार्यक्रमों की समीक्षा के लिए, देखिए वाई बी गुप्ता)

हालांकि, युवाओं के यौन व प्रजनन स्वास्थ्य पसंद तथा अधिकारों के उपयोग की क्षमता तथा रोजगार और आजीविका को सुनिश्चित करने के लिए कई कार्यक्रम हैं पर इन कार्यक्रमों का क्रियान्वयन कभी-कभार ही इस प्रकार होता है, कि युवाओं के आवश्यकताओं की पूर्ति हो सके।

कार्यक्रम यह नहीं मानते, कि युवाओं की आवश्यकताओं को विखंडित नहीं किया जा सकता। उदाहरणस्वरूप, कुछ कार्यक्रम विवाहिता किशोरियों को एक अलग वर्ग मानते हुए उनकी विशेष आवश्यकताओं को मानते हैं, जैसे गर्भाधान की कम आयु को बढ़ाना, उनकी चंचलता पर लगे प्रतिबंधों का विरोध या स्वास्थ्य संबंधी निर्णय लेना। कुछ कार्यक्रम इस तथ्य को सुनिश्चित करते हैं, कि विवाहित युवतियों को प्रसवोपरांत तथा प्रसव के दौरान



आंतरिक देख-रेख प्राप्त हो सके क्योंकि उनको वयस्क महिलाओं की तुलना में गर्भावस्था संबंधी सेवाएं की प्राप्ति में कमी न हों (आई. आई. पी. एस. और मैक्रो 2000, संध्या और जिजीबॉय 2003) कुछ कार्यक्रम कन्याओं के यौन अनियमितताओं पर आधारित हैं।

कार्यक्रम अक्सर अविवाहित युवाओं की आवश्यकताओं को समाहित करते हैं। जबकि, किशोर/किशोरियां अपने शरीर, संबंधों, लिंग और प्रजनन के विषय में जानना चाहते हैं, आज न तो परामर्श न ही यौन शिक्षा उन तक पहुंच पाई है। गर्भ निरोधकों तथा कॉन्डोम तक भी सीमित पहुंच है। यह विषय से जुड़ा मुद्दा है, कि यौन रूप से क्रियाशील युवा परिवार कल्याण कार्यक्रम के द्वारा प्रस्तावित सेवाओं के लिए उपयुक्त नहीं हैं "उपयुक्त जोड़ों को गर्भ निरोधक आपूर्ति पर केंद्रित होने के कारण अविवाहिता युवा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं से इस प्रकार के तरीके प्राप्त करने से वंचित रह जाते हैं। इसलिए उनके लिए निजी क्षेत्र के गर्भ निरोधक बाजार के बाहर एकमात्र सामाजिक विपणन बाजार उपलब्ध है।

वचनबद्धता अभ्यास

पूरे देश में युवाओं के लिए कई संस्थाओं के द्वारा विभिन्न अभिनव रणनीतियां क्रियावित की गई हैं। फिर भी, यह अनुभव वचनबद्धता अभ्यास ही प्रतीत होता है, क्योंकि इनकी व्यावहारिकता तथा स्वीकार्यता की जांच कभी-कभार ही होती है। कुछ वचनबद्धता अभ्यासों का दस्तावेजीकरण फिर भी हुआ। उदाहरण के लिए, जीवन तथा आजीविका उपलब्ध करवाने के लिए मध्यस्थता दिल्ली, मध्य प्रदेश तथा गुजरात में जीवन कुशलता की शिक्षा, गैर व्यावहारिक शिक्षा, व्यावसायिक कुशलता तथा परिवार स्वास्थ्य शिक्षा किशोर/किशोरियों में अधिक स्वतंत्रता, आत्मविश्वास तथा सकारात्मक प्रजनन स्वास्थ्य आचारण विकसित करते है। (लेटि. दयाल, 2003) ठीक इसी प्रकार इलाहाबाद की बस्तियों में रहने वाले किशोर/किशोरियों को दिए गए आजीविका प्रशिक्षण से उनमें आत्मसम्मान, ताल मेल बिठाने की कुशलता, लिंग दृष्टिकोण तथा प्रजनन स्वास्थ्य की जानकारी विकसित हुई (मंच एट. एल. 2004, ग्रांट 2004)

"युवा मैत्री" सेवाओं को स्थापित करने के लिए भी प्रयत्न किए गए गोवा में संगत, इस स्वीकृति पर आधारित सेवाएं उपलब्ध करवा रहा है, कि स्वास्थ्य किशोरावस्था के लिए, शैक्षिक आवश्यकताएं, उचित सेवाओं तक पहुंच और माता-पिता के साथ विचारों का आदान-प्रदान प्रमुख तत्व हैं।

कई अन्य वचनबद्धता अभ्यास भी निश्चित रूप से अस्तित्व में हैं और कईयों के विषय में राज्य और राष्ट्र स्तरीय पैरोकारी के दौरान चर्चा की गई। दुर्भाग्यवश, इन कार्यक्रमों का नियमित मूल्यांकन नहीं होता, जिसके कारण इनके ऊपर उठने तथा प्रतिबिंबित होने की संभावना सीमित हो जाती है।





अनुशंसाएं

राज्य तथा राष्ट्रीय स्तर की पैरोकारी की प्रक्रिया के द्वारा विभिन्न विषयों पर कई अनुशंसाएं प्राप्त हुई, जो निश्चित रूप से युवा-जीवन की गुणवत्ता को प्रभावित करेंगी और देश के राष्ट्रीय एवं सामाजिक विकास में युवाओं की भागीदारी को सुनिश्चित करेंगी। एक रोचक तथ्य यह भी था जिसपर, सरकारी पदाधिकारियों, अनुसंधानकर्ताओं, एन जी ओ प्रतिनिधियों तथा स्वयंसेवकों ने भी ध्यान दिया, कि विभिन्न वर्गों के द्वारा की गई अनुशंसाओं की दिशा लगभग एक थी। युवा मामले के मंत्रालय की संयुक्त सचिव श्रीमती वंदना जेना ने भी कहा "कि युवाओं की आवश्यकता तथा इस देश की सरकार के सोच में सकल असमानता यद्यपि नहीं है, फिर भी युवाओं की आवाज को सुनना काफी महत्वपूर्ण है"।

पैरोकारी के दौरान प्राप्त अनुशंसाओं के मुख्य अंश नीचे दिए गए हैं।

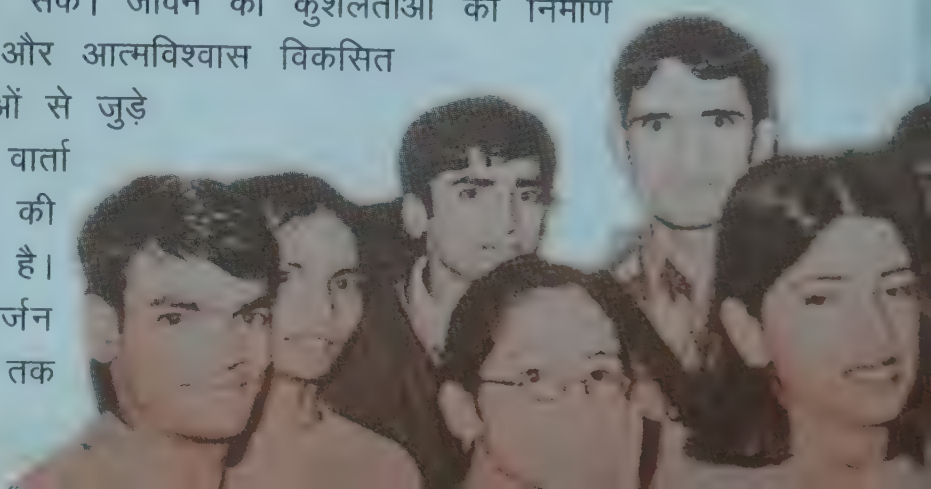
शिक्षित युवा

सामान्य स्तर पर शिक्षा तक पहुंच और कन्याओं की शिक्षा विद्यालय में जारी रखने के लिए शिक्षा की समान उपलब्धता तथा विशेष प्रयास की अनुशंसाएं अक्सर सामने आईं। वर्तमान शिक्षा प्रणाली की अपर्याप्तता को स्वीकार करते हुए पैरोकारी में इस तथ्य पर जोर दिया गया, कि विद्यालय मौलिक संरचना से युक्त होने चाहिए और प्रदान की जाने वाली शिक्षा अर्थपूर्ण तथा व्यावहारिक होनी चाहिए। साथ ही व्यावसायिक कुशलताओं के विकास शिक्षा प्रणाली के अंतर्गत और रोजगार के विकल्पों पर भी जोर दिया गया। यौन-शिक्षा, पोषण जागरूकता और अन्य मुद्दे, जैसे यौन-हिंसा, मादक पदार्थों का सेवन आदि पर ध्यान केन्द्रित करने की आवश्यकताओं पर विशेष बल दिया गया। ठीक इसी समय, समूह ने यह स्वीकार किया, कि बड़े स्तर पर युवाओं, खासकर कन्याओं ने, शिक्षा प्राप्त करने से इंकार कर, विद्यालय छोड़ चुके छात्रों के लिए ऐसे विशेष कार्यक्रमों की मांग की, जो उनको शिक्षा के साथ-साथ, आय और कुशलताएं भी प्रदान करें। स्थानीय स्तर पर पढ़ाई-सामग्रियों के अभाव को देखते हुए, ग्रामीण स्तर पर चलंत पुस्तकालय प्रस्तुत करने और इसे व्यवस्थित करने के लिए युवाओं को प्रशिक्षित करने के सलाह दिए गए।

पैरोकारी ने यह भी पाया, कि शिक्षा की गुणवत्ता संबंधी जागरूकता विकसित करने के साथ-साथ माता-पिता, समाज के बड़े व परिवार को उनको बच्चों की शिक्षा सुनिश्चित करने की दिशा में उनकी जवाबदेहियों के प्रति जागरूकता विकसित करने के लिए युवाओं को स्रोत के रूप में उपयोग किया जा सकता है।

जीवन, जीविकोपार्जन की कुशलताएं और अवसरों का निर्माण

यह तथ्य सामान्य रूप से स्वीकार किया गया, कि युवाओं को सशक्तिकरण का माध्यम उपलब्ध करवाया जाना चाहिए, ताकि वो जीवन की कुशलताओं तथा आजीविका के अवसर प्राप्त कर खुद को व्यक्त कर सकें। जीवन की कुशलताओं का निर्माण युवाओं के व्यक्तित्व विकास और आत्मविश्वास विकसित करने तथा अपनी आवश्यकताओं से जुड़े मुद्दों और प्राथमिकताओं पर चर्चा करने तथा संचारित करने की क्षमता बढ़ाने में सहयोग करता है। व्यावसायिक तथा जीविकोपार्जन विकसित करने वाले कार्यक्रमों तक



पहुंच सुनिश्चित की जानी चाहिए।

युवाओं को उचित प्रशिक्षण के द्वारा आर्थिक व व्यावसायिक अवसरों का लाभ उठा पाने योग्य बनाया जाना चाहिए। साथ ही लघु व कुटीर उद्योगों के विकास को प्रोत्साहित किया जाना चाहिए। कृषि संबंधित व्यावसायिक अवसरों को प्राप्त करने के लिए युवाओं को प्रशिक्षित किया जाना चाहिए और निर्मित उत्पादों के विपणन को विकसित करने के लिए मौलिक सहयोग उपलब्ध करवाया जाना चाहिए। प्राकृतिक स्रोतों की रक्षा की जानी चाहिए और इन संरक्षणों से संबंधित रोजगार के अवसरों को प्रोत्साहित किया जाना चाहिए।

रोजगार अवसरों से संबंधित जानकारीयां ग्रामीण स्तर पर युवाओं को उपलब्ध करवाई जानी चाहिए। स्व रोजगार संबंधित ऋणों पर ब्याज दर घटाई जानी चाहिए साथ ही स्वरोजगार को विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया जाना चाहिए।

पुनर्निर्माण के अवसरों की कमी अक्सर प्रकाश में आई। इसे जीवन कुशलताओं तथा सुरक्षित आचरण के विकास में सबसे बड़ी बाधा के रूप में देखा गया।

लिंग विषमता का समाधान और युवाओं को शामिल करना

सामाजिक प्रणाली, शिक्षा, दृष्टिकोण व नियमों में लिंग विषमता, एक बड़ा मुद्दा था, जो पैरोकारी में सामने आया। समूह ने दोहरे लिंग मानक के समाधान की आवश्यकता पर प्रकाश डालने, और युवक तथा युवतियों को समान अवसर उपलब्ध करवाने के लिए, युवा पुरुष, महिलाओं, परिवारों, विद्यालय व सेवाएं उपलब्ध करवाने वालों के स्तर पर प्रयास करने की अनुशंसा की। यह स्पष्ट है, कि युवतियों के लिए प्रारम्भ किए गए कार्यक्रमों को उनमें जागरूकता, वार्ता की कुशलताएं तथा जीवन के चुनाव को विकसित करना चाहिए। ठीक इसी समय युवाओं में संवेदनशीलता विकसित करने की आवश्यकता है, ताकि वो ध्यान रखने वाले साझेदार बनें और जिम्मेदार आचरण को अपनाने तथा पुरुषवादिता को बदलने जैसे कार्यक्रमों में युवाओं को शामिल करना चाहिए।

युवा मित्र सेवाएं उपलब्ध करवाना।

इस तथ्य पर सभी एकमत थे, कि युवाओं के लिए सेवाएं विश्वस्नीय होनी चाहिए, यानि उनकी समस्याओं का समाधान मित्रतापूर्वक, विशिष्टतापूर्वक, अंतरंगता, गोपनीयता व गैर-चेतावनीजनक वार्तालाप से करना चाहिए साथ ही ऐसी सुविधाओं का स्वागत करना चाहिए, जहां सभी स्वास्थ्य संबंधी विषयों का समाधान एक साथ हो सकें।

पैरोकारी ने इस तथ्य पर विशेष बल दिया, कि जहां तक संभव हो, एक ही स्थान पर सारी सुविधाएं उपलब्ध होनी चाहिए, जो युवाओं को यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य परामर्श, गर्भ-निरोधकों व जानकारीयों के अतिरिक्त अन्य सभी स्वास्थ्य समस्याओं का समाधान कर सके। इसका एक निश्चित लाभ यह होगा, कि स्वास्थ्य आवश्यकताएं विखंडित नहीं होंगी, साथ ही जिनको, यौन तथा, प्रजनन सेवाओं, परामर्श या जानकारीयों की आवश्यकता है, वो भी इसे दोषी नहीं ठहराएंगे। पैरोकारी ने इस तथ्य को भी रेखांकित किया, कि गर्भ निरोधक सेवाएं तथा कॉन्डोम, वैवाहिक स्थिति पर ध्यान दिए बिना सबके के लिए उपलब्ध होनी चाहिए।

परामर्श सुविधाओं की आवश्यकता पर भी बल दिया गया। विभिन्न मुद्दों, जैसे रोजगार मार्गदर्शन, यौन तथा मानसिक स्वास्थ्य, मादक पदार्थों का सेवन या हिंसा जैसे मुद्दों के समाधान के लिए स्थानीय स्तर पर परामर्श सेवाओं की आवश्यकता है। युवा मार्गदर्शन केन्द्र भी परामर्श व मदद उपलब्ध करवा सकते हैं।



यह सलाह भी दी गई, कि युवा-मित्र सहयोग सेवाएं विद्यालयों संस्थाओं तथा क्लबों में उपलब्ध होनी चाहिए, ताकि वो युवाओं की आसान पहुंच में रहे।

शिक्षकों तथा स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध करवाने वालों को प्रशिक्षित करना

शिक्षकों का प्रशिक्षण व अनुकूलन एक जटिल आवश्यकता के रूप में रेखांकित किया गया। शिक्षकों को अपनी अंतर्बाधाओं को नियंत्रित कर, युवाओं को वांछित जानकारीयां प्रदान करने सक्षम होना चाहिए। विद्यालय जाने वाले युवाओं की विशेष आवश्यकताओं के लिए शिक्षकों के दौरे पर आने वाले प्रशिक्षित परामर्शदाताओं के द्वारा परामर्श सुविधा उपलब्ध करवाने पर ध्यान दिया गया।

ठीक इसी प्रकार स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध करवाने वालों के प्रशिक्षण तथा अनुकूलन व आवश्यकता भी सामने आई। सेवाएं उपलब्ध करवाने वालों को युवाओं की विशेष आवश्यकताओं तथा सेवाएं उपलब्ध करवाने के मार्गों के अनुकूल होना चाहिए, क्योंकि यह वयस्कों के उपलब्ध करवाई जाने वाली सेवाओं से अलग हो सकता है। विशेष रूप से यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध करवाने वालों को, सेवाओं की तलाश कर रहे युवाओं के प्रति अंतरंगता व गोपनीयता बहाल रखने का प्रशिक्षण दिया जाना चाहिए।

साथ ही उनको तटस्थ दृष्टिकोण व गैर चेतावनी जनक देखभाल उपलब्ध करवाने का प्रशिक्षण भी दिया जाना चाहिए सभी स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध करवाने वालों के लिए युवाओं की आवश्यकताओं को चिकित्सकीय पाठ्यक्रम के रूप में शामिल किया जाना काफी जटिल है।

अभिभावकों व विश्वासी वयस्कों को शामिल करना

पैरोकारी के क्रम में माता-पिता और बच्चों के बीच नजदीकी वार्तालाप तथा संचार को रेखांकित किया गया, इसकी कमी किशोर/किशोरियों के यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य के मार्गों की बड़ी बाधा के रूप में सामने आई। माता-पिता कई कारणों से इन मुद्दों पर चर्चा करने में झिझकते हैं, जैसे उनको खुद यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य के विषय में समुचित जानकारी नहीं होती, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा के विषय में भ्रंति, कि यह यौन प्रयोग तथा जोखिम भरे आचरण के लिए उकसाता है और माता-पिता अपने बच्चों से इन विषयों पर चर्चा करने में असहज अनुभव करते हैं। ऐसे कार्यक्रमों की आवश्यकता है, जो इन विषयों का समाधान कर सकें और माता-पिता व बच्चों के बीच व्यक्तिगत मुद्दों के साथ-साथ, विषयों की व्यापक श्रेणी पर परिचर्चा को प्रोत्साहित कर सकें।

ठीक इसी समय, यह भी काफी महत्वपूर्ण है, कि कार्यक्रम युवाओं के स्वास्थ्य और यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य की विशिष्ट आवश्यकताओं, लिंग विषमता को कम करने की आवश्यकता तथा युवाओं के बहुमुखी विकास के लिए वातावरण को अनुकूल बनाने की आवश्यकता से समुदाय को अवगत करवाएं। अतः कार्यक्रमों को, युवाओं से संबंधित मुद्दों पर माता-पिता, शिक्षक, धार्मिक तथा राजनीतिक नेताओं तथा अन्य सामाजिक संस्थाओं अर्थात् पूरे समुदाय को शामिल करना चाहिए। लिंग भेद-भाव नहीं हो रहा, इस तथ्य को सुनिश्चित करने तथा पुत्र-पुत्री को समाज में समान रूप से स्थापित करने के लिए माता-पिता व परिवार को किशोर/किशोरियों के अधिकार तथा आवश्यकताओं के प्रति सजग होना चाहिए। बड़े-बुजुर्गों को कम आयु में विवाह, यौन हिंसा, दहेज, मादक पदार्थों का सेवन आदि मुद्दों पर शिक्षा प्रदान की जानी चाहिए। इस वर्ग को यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी समुचित जानकारी दी जानी चाहिए, ताकि ये युवाओं को सही तथा उचित जानकारी देने में सक्षम रहें। बड़े स्तर पर समुदाय की सहभागिता को विकसित करने



के लिए जानकारी आधारित परिचर्चा को प्रभावशाली तंत्र के रूप में स्वीकार किया गया।

मीडिया का उपयोग

प्रतिभागियों ने इस बात पर बल दिया, कि युवा-विकास संबंधित मुद्दों को प्रकाश में लाने के लिए मीडिया के द्वारा उपलब्ध संभावनाओं का समुचित व सकारात्मक उपयोग नहीं किया गया।

समूह ने पाया, कि मीडिया की संरचना समाचार पत्रों टेलिविजन और फिल्म से आगे बढ़ चुकी है, जबकि यह युवाओं को शिक्षित करने तथा विशिष्ट संदेशों को प्रसारित करने के सशक्त माध्यम हैं, यह आवश्यक है कि इन स्रोतों से बाहर निकलकर अन्य माध्यमों को रचनात्मक तरीके से किया जाए, जैसे फोक थिएटर (पपेट शो, नुक्कड़ नाटक) लेटर-बाक्स प्रणाली, टेली परामर्श, सामाजिक रेडियो और समकक्ष शिक्षक। अभिनव तथा प्रभावशाली आई ई सी सामग्रियों (किताबें, चार्ट, फिल्म चार्ट, पत्रिकाएं आदि) को स्थानीय भाषाओं में तैयार किया जाना चाहिए तथा यह युवाओं को समय पर, वैज्ञानिक और सही जानकारीयों उपलब्ध करवाने वाला होना चाहिए।

प्रतिभागियों ने यह भी कहा, कि मीडिया को अपने सामाजिक उत्तरदायित्वों को समझते हुए युवाओं के जीवन को प्रभावित करने में सकारात्मक भूमिका निभानी चाहिए। सही तथा उचित जानकारीयों को उपलब्ध करवाने की आवश्यकता पर बल दिया गया, क्योंकि यह युवाओं से संबंधित मुद्दों के उत्तेजक प्रस्तुति को रोकने के लिए आवश्यक है। मीडिया में युवाओं से संबंधित विषय के संचालन तथा स्वच्छ प्रतिबिम्ब को सुनिश्चित करने के लिए युवा समूहों का निर्माण किया जाना चाहिए। यह युवा समूह उनकी स्थिति में परिवर्तनों के माध्यम के रूप में संचार माध्यमों पर गुणवत्तायुक्त कार्यक्रम प्रस्तुत करने के लिए दबाव दल के रूप में कार्य कर सकते हैं। मीडिया के साथ नियमित सम्पर्क और युवा परिप्रेक्ष्य का समावेश तथा युवाओं के द्वारा लिखी गई रचनाओं व कहानियों की मीडिया के द्वारा प्रस्तुति एक नेटवर्क विकसित करने तथा मीडिया का उपयोग करने के उपाय हैं।

युवा अधिकारों का आदर करना

युवा-अधिकारों की रक्षा करने वाले कानूनों के बावजूद, कम उम्र में विवाह, यौन हिंसा, दहेज तथा शोषण के रूप में कानूनों का उल्लंघन जारी है। पैरोकारी ने वर्तमान कानूनों का खराब क्रियान्वयन पाया और विशेषकर, कम आयु में विवाह यौन हिंसा, दहेज तथा शोषण संबंधित कानूनों को सख्ती से लागू करने व इस प्रसंग में सामाजिक व पारिवारिक स्तर पर जागरूकता बढ़ाने पर बल दिया। लिंग विषमता, लिंग चयन, कन्या भ्रूण हत्या, बाल विवाह तथा दहेज से संबंधित कानूनों के उल्लंघन तथा प्रावधानों को सख्ती से लागू करने का मुद्दा बार-बार उठा। बाल श्रम कानूनों के अल्लंघन का मुद्दा भी सामने आया।

इसी समय, प्रतिभागियों ने इस बात पर भी जोर दिया, कि युवाओं को उनके अधिकारों तथा अधिकारों की रक्षा करने वाले वर्तमान कानूनों के विषय में जागरूकता प्रदान की जानी चाहिए। प्रतिभागियों ने कहा, कि युवाओं को अपने समानता के अधिकार (लैंगिक), स्वतंत्रतापूर्वक घूमने-फिरने, विवाह के आयु पर अपना निर्णय, साझेदार का चयन करने, सेवाओं का लाभ उठाने तथा अधिक सामान्य रूप में, जीवन संबंधी चुनावों के अधिकारों से निश्चित रूप से परिचित होना चाहिए। प्रतिभागी सहमत थे, कि अधिकारों में उत्तरदायित्व भी शामिल होता है, और कहा कि अधिकारों पर प्रकाश डालने वाले कार्यक्रमों को संबंधित उत्तरदायित्वों पर भी बल देना चाहिए।

युवा किस प्रकार अपने अधिकारों का उपयोग करें, इस विषय पर भी परिचर्चा हुई। यह माना गया कि



युवाओं को सामाजिक स्तर पर अभिव्यक्ति तथा अपन अधिकारों की मांग के लिए पर्याप्त सहयोग उपलब्ध करवाया जाना चाहिए साथ ही नीतियों के विकास व कार्यक्रमों की योजना प्रारूप निर्धारण में उनकी अहम भागीदारी के लिए उनको प्रोत्साहित किया जाना चाहिए।

युवाओं को उनके अधिकारों से लाभ उठाने के लिए प्रोत्साहित करने तथा जिनके अधिकारों का हनन हो रहा हो, उनको सक्षम करने में युवाओं के लिए कार्य करने वाली संस्थाओं को निश्चित रूप से प्रमुख भूमिका निभानी चाहिए।

युवतियों की विशेष आवश्यकताओं को भी रेखांकित किया गया। यह सलाह दी गई, कि सरकार के द्वारा युवाओं के लिए प्रारम्भ की गई योजनाओं में कन्याओं के साथ भेद-भाव नहीं किया जाना चाहिए साथ ही राजनीति में महिलाओं का आरक्षण सुनिश्चित किया जाना चाहिए। महिलाओं के हित में कार्य करने वाली सहकारिता तथा बचत समूहों के रूप में दबाव दल को विकसित करने की अनुशंसा की गई।

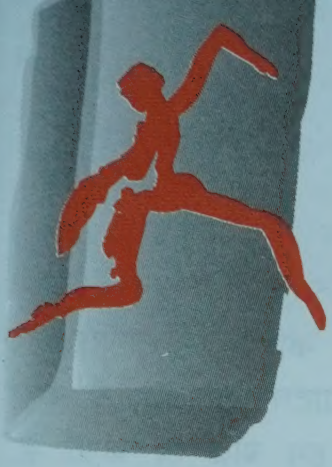
उपेक्षित उप-जनसंख्याओं की विशेष आवश्यकताओं का निदान

विकलांग व गलियों में पलने वाले बच्चों तथा बाल-श्रमिक जैसे युवाओं के उप जनसंख्या की विशेष आवश्यकताओं पर भी बल दिया गया। विपरीत परिस्थितियों में जीने वाले इन युवाओं से जुड़े कलंक को हटाने के लिए सामाजिक मानवीयकरण के लिए प्रयास करने की सलाह दी गई। अक्षम युवाओं के लिए जन सुविधाएं सुनिश्चित होनी चाहिए और पुनर्वास संबंधी जानकारी प्रदान करने के लिए स्थानीय स्तर पर जानकारी केन्द्र स्थापित किए जाने चाहिए जिसमें रोजगार के प्रावधान, तथा छोटे व्यवसाय को स्थापित करने के लिए श्रृण की उपलब्धता भी शामिल हो। बाल श्रमिकों व गलियों में पलने वाले बच्चों की विशेष आवश्यकताओं पर भी बल दिया गया। काम करने की उम्र को 16 वर्ष करने तथा उनको भोजन, आवास, शिक्षा तथा व्यावसायिक प्रशिक्षण उपलब्ध करवाने के सलाह दी गई। बाल सुधार गृहों में किशोरों को प्रदान किए जाने वाली देखभाल की गुणवत्ता में सुधार की आवश्यकताओं पर भी प्रकाश डाला गया।

सर्वोत्तम प्रयासों पर प्रमाणित व ठोस आधार का निर्माण

युवाओं की आवश्यकताओं व अधिकारों के लिए कई आशाजनक कार्य किए जा रहे हैं, जिनमें कईयों का वर्णन पैरोकारी में किया गया। दुर्भाग्यवश ये आशाजनक प्रयास पर्याप्त दस्तावेजीकरण तथा सतत मूल्यांकन से दूर हैं। नियमित मूल्यांकन के नही होने के कारण इन प्रयासों की पारदर्शिता तथा विकास पर प्रश्न बना रहता है। पैरोकारी इस विशिष्ट परिणाम पर पहुंची, कि इन प्रयासों को प्रमाण आधारित बनाने की आवश्यकता है और यह प्रमाण युवा कार्यक्रमों व नीतियों के विस्तारीकरण के आधार बन सकते हैं।





अगला-चरण

संगठन निर्माण की प्रक्रिया पहले ही विभिन्न मोर्चों पर अपने विशेष लाभों को प्रमाणित कर चुकी है। इसने नीति निर्माताओं से बातचीत को सुविधाजनक बना दिया है। इसने आवश्यकताओं तथा क्रियांवित कार्यक्रमों के बीच सेतु निर्माण का कार्य किया साथ ही इसने लचीले व युवाओं की आशाओं व विशेष आवश्यकताओं के प्रति जवाबदेह कार्यक्रमों व नीतियों को क्रियांवित करने के लिए अंशधारकों के साथ मिलकर एक्शन प्लान के प्रारूप को तैयार करना सुविधाजनक बना दिया है।

इस तथ्य को सुनिश्चित करने के लिए, कि युवाओं के विविध आवश्यकताओं की पूर्ति हो रही है, राष्ट्रीय पैरोकारी में सभी ऐसे युवा संगठन की आवश्यकता पर एकमत थे, जो नीतियों व कार्यक्रमों को प्रभावित कर सकें। इस तथ्य पर भी आम सहमति थी, कि शिक्षा, स्वास्थ्य, रोजगार, बाल अधिकार लिंग भेद-भाव, मीडिया व संस्कृति से जुड़े व्यापक मुद्दों की श्रृंखला पर संगठन को प्रकाश डालनी चाहिए। पैरोकारी ने इस बात पर भी जोर दिया, कि जिन प्रयासों की अनुशंसा की गई है, वह प्रमाण आधारित होनी चाहिए।

प्रक्रिया को आगे बढ़ाने में कई चुनौतियां शेष हैं। सतत आजीविका तथा ठोस संगठन से विकास के स्रोत प्रमुख विषय हैं। साथ ही, संगठन के महत्वाकांक्षी लक्ष्यों की उपलब्धियों के लिए समय की प्रतिबद्धता तथा युवाओं के समर्पण की आवश्यकता होगी। युवाओं को सावधान करना होगा, कि शिक्षा या आजीविका की प्राथमिकताओं से संबंधित विवादास्पद मांग उनकी प्रतिबद्धता के स्तर को प्रभावित कर सकता है।

फिर भी, इन मुद्दों के बावजूद पैरोकारी में यह माना गया, कि निरंतर पैरोकारी तथा तंत्र-निर्माण के द्वारा युवाओं के आवश्यकताओं की पूर्ति को सुनिश्चित करने के लिए संगठन को शक्तिशाली दबाव दल के रूप में उपयोग किया जा सकता है। इस तंत्र को संगठित करने, जारी रखने और गांव तथा पंचायत के स्तर पर गतिविधियों को मजबूती प्रदान कर इसे राज्य, फिर राष्ट्रीय विचार-विमर्श से जोड़ने पर सभी एक मत थे। इस तथ्य पर भी आम सहमति थी, कि राज्य स्तरीय पैरोकारी प्रक्रिया को जारी रखना चाहिए और इसमें देश के तमाम राज्यों को शामिल किया जाना चाहिए।

पैरोकारी ने पाया, कि संगठनात्मक गतिविधियों में शामिल संस्थाओं के तंत्र को और व्यापक करने की आवश्यकता है। इसमें अधिक युवा समूहों को शामिल किया जाना चाहिए। सरकार तथा अन्य शाखाओं (जिसमें अंतर्राष्ट्रीय संस्थाएं, समाज आधारित संस्थाएं, शोध संस्थाएं तथा मीडिया भी शामिल हों) की सहभागिता बढ़ाने की बात भी कही गई।

विभिन्न स्तर की पैरोकारी के निष्कर्षों व अनुशंसाओं को

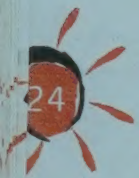


संघटित कर सभी राज्यों में व्यापक स्तर पर फैलाया जाना चाहिए, ताकि पैरोकारी की गतिशीलता बनी रहे।

युवाओं की मांग व आवश्यकताओं को सामने लाने में संगठन की भूमिका का बार-बार समर्थन किया गया। कई व्यक्तियों ने इस तथ्य पर प्रकाश डाला, कि संगठन ने कार्यक्रमों तथा नीतियों के प्रारूप निर्माण में अपनी मांगों को शामिल करने की शुरुआत की है। भारत सरकार के स्वास्थ्य मंत्रालय के सचिव श्री जे. वी. आर. राव प्रसाद ने उद्घाटन समारोह में कहा "युवाओं का अतिनिम्न प्रस्तुतिकरण किया जाता है, जिसके विषय में हम बात तो करते हैं लेकिन सुनते नहीं। आइ. ई. सी. नाको की संयुक्त निदेशक श्रीमती साधना राऊत ने भी युवा भागीदारी की आवश्यकता पर बल देते हुए कहा, कि "युवा समाधान के एक अभिन्न अंग है।"

युवा संगठन की शक्ति तथा उनकी आवश्यकताओं को प्रोत्साहित करने वालों का जोरदार समर्थन किया गया। इसे व्यक्त करते हुए राष्ट्रीय पैरोकारी के एक युवा भागीदार की प्रारंभिक प्रतिक्रिया थी, "युवाओं में काफी शक्ति है विश्व हमारा है और हम इसे बदल सकते हैं।"

युवाओं की मांग व मुद्दों को नीतियों व कार्यक्रमों में सुना गया, रणनीतियां प्रमाण आधारित हैं और युवाओं के स्थान निर्धारण को बढ़ावा दिया जा रहा है, इन बातों को सुनिश्चित करने की दिशा में संगठन प्रतिबद्ध है।



Voice S

21st May 2004



SCHEDULE DAY 1

Health Risks for Youth

10 am - 11.50 am	Keynote Address by Dr. Nils Daoulaire, President, Global Health Council.
11.50 am - 12.00 pm	Plenary speaker 1: Dr. Sunil Mehra, Director, MAMTA: "Youth and Health Services"
12.00 pm - 12.10 pm	Plenary speaker 2: Dr. Neena Raina, Reproductive and Adolescent Health Division, WHO: "Experiences of young People in India"
12.10 pm - 12.20 pm	Youth participant 1: Pooja Kumari, Jharkhand: "My reflections"
12.20 pm - 12.30 pm	Youth participant 2: Pradeep Kumar, Delhi: "Youth & their Immediate Environment"
12.30 pm - 01.00 pm	Open Forum

Editorial

Young people: Towards a healthy Future

The three day National Consultation on "Young People: Towards a Healthy Future" is being organized at India Habitat Centre, New Delhi by an alliance of various organizations working towards the development of youth. These are, twelve national and international NGOs and organizations (Bal Panchayat, CASP, CEDPA, CHETNA, CINI, Global Health Council, MAMTA, NFI, Pathfinder International, Population Council, Population Foundation of India and Plan International). These organizations have been working in close associations with the Ministry of Youth Affairs & Sports and Ministry of Health & Family Welfare to focus on issues related to adolescent/youth health and development at the national level.

STATE LEVEL CONSULTATIONS

A preparation for the Big Event!

By Haridas

In the tenth 5-year plan of Government of India the need to address 'The problems of adolescents as a separate group' has been given priority. To give voice to this priority and draft an adolescent health policy, various State level consultations were organized in 2004. The organizations that helped in conducting these are primarily the stakeholders in adolescent health like Center for Health Education, Training and Nutrition Awareness (CHETNA), Center for Development and Population Activity (CEDPA), Community Aid Sponsorship Program (CASP), Population Foundation of India (PFI), and Pathfinder International. The main objective of these interactions at the state level was to make people aware of the needs of adolescents and to enable an effective use of policies and programs in the field of reproductive and sexual health issues, especially those involving adolescents. These consultations also aimed at putting together

Newsletter brought out by the Young People
during the National Level Consultation

